



Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de Doença Mental e Família(s)

Ana Filipa da Silva Santos

LISBOA

2019





Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de Doença Mental e Família(s)


Ana Filipa da Silva Santos

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Cristina Melo

LISBOA

2019

Não contemplas as correções resultantes da discussão pública



“We are all different. However bad life may seem, there is always something you do and succeed at. While there is life, there is hope.”

Stephen Hawking

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Ana Melo pelo voto de confiança depositado em mim ao longo de todo este processo de crescimento e aprendizagem. O meu reconhecimento à sua dedicação, perspicácia e inteligência.

À Enf^a Elsa Gaspar e à Enf^a Filipa Pires de Lima pelo apoio, disponibilidade, conselhos e sugestões apresentadas. Obrigada!

Às Pessoas e Famílias com quem me cruzei e das quais cuidei, pelas partilhas que fizeram e por me terem permitido crescer e encarar a doença mental de um modo diferente.

Aos meus Amigos por me acompanharem. Foram e serão sempre uma motivação.

Ao Rui, a minha âncora, um agradecimento muito especial pela paciência, pelo amor demonstrado e pela pessoa extraordinária que é. Estou grata por caminharmos juntos, partilhando lágrimas e sorrisos. Por tudo, a minha enorme gratidão!

Aos meus Pais que sempre estiveram ao meu lado e que sempre acreditaram em mim, mas sobretudo pela educação e ensinamentos de vida que me proporcionaram. Espero que esta etapa, agora a terminar, compense de algum modo todo o esforço, compreensão e dedicação que me oferecem. Que continuem a cuidar de mim ...

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – Associação Psiquiátrica Americana

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EC – Estrutura da Comunidade

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf^a – Enfermeira

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICD – International Classification of Diseases

IMV – Ingestão Medicamentosa Voluntária

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Prof.^a – Professora

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

SM – Saúde Mental

SPPSM – Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

VD – Visita Domiciliária

RESUMO

Este relatório aborda a promoção da esperança, realizada em dois contextos da prática clínica, os quais favoreceram o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

As competências desenvolvidas e as atividades realizadas suportaram-se no Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio (1985) e a promoção da esperança foi ancorada na relação de ajuda.

Durante os estágios pretendeu-se aprofundar a temática da esperança, através do estabelecimento de relações de ajuda, as quais permitiram a avaliação das necessidades e a formulação de diagnósticos de enfermagem, identificando fatores inibidores e promotores de esperança e potenciando-se os últimos, capacitando as pessoas para enfrentarem as dificuldades.

A esperança é fundamental na vida humana, assumindo relevância na saúde mental da pessoa/família(s) e no seu processo de recuperação. Ter esperança nos momentos difíceis requer uma mobilização dos fatores inibidores e promotores de esperança, o que é deveras difícil sem o auxílio de profissionais altamente qualificados. Deste modo, torna-se de primordial importância a sua promoção na prática clínica.

Este percurso académico foi um caminho de crescimento, que contribuiu para o meu amadurecimento pessoal e profissional, ampliando o meu autoconhecimento e permitindo-me reconhecer as minhas capacidades mas também os meus limites, inseguranças e dificuldades.

Palavras-Chave: Esperança; Enfermagem Psiquiátrica; Intervenções de Enfermagem; Saúde Mental.

ABSTRACT

This report addresses the promotion of hope, carried out in two contexts of clinical practice, which favored the development of the skills of the Specialist Nurse and the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health.

The skills developed and activities carried out were based on the Dufault and Martocchio's Model of Hope (1985) and the promotion of hope was based in the help relationship.

During the internships, the topic of hope was explored through the establishment of help relations, which made it possible to assess needs and formulate nursing diagnoses, identifying inhibiting factors and hope promoters, and enabling them to cope with difficulties.

Hope is fundamental in human life, assuming relevance in the mental health of the person / family (s) and in their recovery process. Having hope in difficult times requires a mobilization of inhibitory and hope promoter factors, which is very difficult without the help of highly qualified professionals. In this way, the integration of this concept into clinical practice becomes extremely important.

This academic course was a path of growth, which contributed to my personal and professional maturity, contributing also for my self-knowledge and giving me the ability to recognize my capacities but also my limits, unsafety and difficulties.

Keywords: Hope; Psychiatric Nursing; Nursing Interventions; Mental Health.

SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO.....	10
1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
2.1. A Esperança e a Doença Mental: Fundamentos para a Intervenção.....	15
2.2. <i>The Tidal Model</i> de Phil Barker e a Perspetiva Existencial-Humanista.....	19
3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM: ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	24
3.1. Estágio em Contexto de Ambulatório.....	24
3.1.1. A consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário.....	26
3.1.2. Grupo de Famílias.....	29
3.2. Estágio em Contexto de Internamento.....	32
3.2.1. O Eu como Instrumento Terapêutico.....	33
3.2.2. Atividades em Grupo.....	41
3.2.2.1. Grupo «Vozes de Esperança».....	44
3.3. Contributos do Estágio para o Desenvolvimento das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica.....	45
3.4. Processo Reflexivo.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

APÊNDICES

APÊNDICE I

REVISÃO *SCOPING*: “A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de Doença Mental e Família(s)”

APÊNDICE II

Folheto “[SE]MENTES DE ESPERANÇA”

APÊNDICE III

Planos de Sessão: Grupo de Famílias

APÊNDICE IV

Plano de Sessão: Vozes de Esperança

APÊNDICE V

Atividades realizadas em Contexto de Estágio associadas ao Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

INTRODUÇÃO

O presente relatório, integrado no 9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), pretende descrever a implementação e avaliação do projeto de estágio, demonstrando o meu processo de crescimento na aquisição, desenvolvimento e reconhecimento das competências do Enfermeiro Especialista, definidas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), definidas no Regulamento n.º 515/2018 da OE.

Sendo que a ESMP se foca na promoção da Saúde Mental (SM) e na prevenção da doença mental, no diagnóstico de enfermagem e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, potenciais geradores de doença mental (OE, 2017), impera a existência de profissionais competentes e com elevado conhecimento, capazes de dar respostas centradas nas pessoas e nas suas necessidades de SM.

De facto, o enfermeiro deve exercer a sua profissão baseado em conhecimento científico, técnico e relacional, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-estar das pessoas e visando sempre a melhoria dos cuidados, o que exige uma reflexão contínua (Benner, 2001).

No meu quotidiano profissional, ao refletir sobre os cuidados prestados e sendo a ESMP transversal a todas as áreas de Enfermagem, fui observando que as pessoas ao experienciarem processos de doença se encontravam muitas vezes desanimadas e, por vezes, desesperadas. De facto, quando alguém é confrontado com uma doença facilmente desespera, sendo a sua mente invadida por múltiplos sentimentos e pensamentos negativos (Sousa & Rodrigues, 2008). Efetivamente, a desesperança é a ausência de futuro: “o amanhã não apenas será pior do que o hoje, simplesmente não acontecerá” (Monteiro, 2013, p, 32). Neste sentido, pode surgir uma descontinuidade existencial que pode ser espelhada numa mutilação dos sentidos, gerando mal-estar ou até um quadro de doença mental (comportamentos disruptivos, suicídio...) (Monteiro, 2014). Constatando tal situação, e sendo que ao invés da desesperança, a esperança é um determinante de SM, constituindo-se as estratégias de promoção de esperança de grande importância na promoção e gestão da SM (Querido & Dixe, 2016), sustentou-se aqui o meu interesse na área.

Comecei por questionar informalmente alguns colegas sobre a entrevista inicial – preenchimento do parâmetro da espiritualidade, onde se integra a esperança – e verifiquei que apenas um número reduzido de profissionais o fazia. Todavia, na admissão de pessoas com referência a cuidados paliativos, esse número aumentava.

Sabendo que a espiritualidade é comumente associada à religiosidade coloquei várias hipóteses: Será que tal associação é o motivo pelo qual o parâmetro da espiritualidade não é preenchido e valorizado? Será estigma? Por um lado, até cerca do século XX, a religião era vista como causadora de possíveis perturbações mentais (Pereira & Chaves, 2016). Por outro lado, a literatura associa muitas vezes o conceito de religiosidade à morte. Será por isso que quando há referência a cuidados paliativos, o número de profissionais a preencher o parâmetro aumenta?

Segundo Murakami & Campos (2012), a religiosidade diferencia-se da espiritualidade ao definir-se como um conjunto de crenças e práticas pertencentes a uma doutrina, que são compartilhadas e seguidas por um grupo de pessoas, através de cultos ou rituais que envolvem necessariamente a noção de fé. Por sua vez, segundo o metaparadigma da OE, a espiritualidade é um “estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2012, p.9) e, segundo Monteiro & Júnior (2017) constitui-se como uma dimensão humana. Está presente em cada um de nós, manifestando-se de diversos modos, segundo a singularidade de cada ser humano (Belo, 2008).

De acordo com a evidência científica, os estudos destacam a existência de uma relação inversamente proporcional entre desenvolver perturbações mentais e a espiritualidade (Monteiro & Júnior, 2017). Com efeito, existe também uma relação entre esperança e espiritualidade, sendo que a última influencia positivamente a primeira nos demais contextos, tendo ganhos a nível da qualidade de vida (Schrank et al., 2012; Unterrainer, Lewis & Fink (2014); Loo et al., 2014).

De modo a mapear a literatura existente, *à priori* da pesquisa, foi realizada uma Revisão *Scoping* (Apêndice I), sendo que as palavras-chave utilizadas foram as seguintes: *Hope; Psychiatric Nursing; Nursing Interventions; Mental Health*.

Associando tais descritores foi possível concluir que o EESMP tem como centro de cuidados a relação de ajuda, sendo esta crucial para restabelecer o equilíbrio do cliente (Pereira & Botelho, 2014). Concluiu-se ainda que a ajuda e a

esperança são inseparáveis (Jevne, 1994 citado por Magão & Leal, 2001). Neste sentido, um dos referenciais teóricos do projeto foi o *The Tidal Model* de Phil Barker (1990), na medida em que este integra a pessoa no seu processo terapêutico, auxiliando-a e facultando-lhe ferramentas (por exemplo a esperança) para a decisão do que tem de ser feito no momento presente, visando a resolução das dificuldades.

Segundo a perspetiva existencial-humanista, a qual serviu também de referência à implementação do projeto, o que é fornecido à pessoa não são soluções, mas sim um clima de compreensão e apoio (Phaneuf, 2005, p.324) na medida em que é a pessoa que "(...) procura em si própria e no seu ambiente os recursos de que necessita." (Chalifour, 2008, p. 43).

O presente relatório divide-se em três capítulos: o primeiro apresenta a problemática em estudo, delimitando-a. Posteriormente, apresenta-se o enquadramento teórico, evidenciando-se os fundamentos para intervenção do EESMP na área da esperança, bem como os referenciais teóricos em que o trabalho se sustenta. Por fim, o terceiro capítulo consiste nas atividades desenvolvidas nos contextos clínicos (comunidade e internamento) e descreve os contributos do estágio para o desenvolvimento das competências do EESMP.

Para a sua elaboração, foi usada uma metodologia expositiva, descritiva e analítica, seguindo o Regulamento de Mestrado e Pós-Licenciatura em ESMP e o Guia Orientador de Trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), mundialmente, 12% de todas as doenças são do foro mental (Almeida & Xavier 2013). De facto, segundo o Relatório: “Portugal - Saúde Mental em Números 2015”, 11,75% representa a taxa de doenças mentais em Portugal contra 13,74% das doenças cardiovasculares e 10,38% das doenças oncológicas, constituindo-se ainda de 20,55% do total de anos vividos com incapacidade (Programa Nacional para Saúde Mental (PNSM), 2017). Neste sentido, torna-se impreterível intervir.

A evidência científica tem revelado o efeito terapêutico da esperança na promoção da SM e na prevenção da doença mental. De facto, “a esperança afeta o binómio saúde/doença de forma positiva e ajuda a pessoa a lidar com as incertezas do futuro de uma forma mais eficaz” (Pinto, Caldeira & Martins, 2012, p.24).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classifications* (NOC), a esperança constitui-se como um conceito central em Enfermagem, estando presente não só em modelos teóricos mas também em teorias de Enfermagem. Contudo, apesar do reconhecimento da sua pertinência e importância, nomeadamente em SM, a sua utilização na prática clínica é ainda reduzida (Querido, 2015). Deste modo, surgiu a seguinte questão:

De que forma a esperança, integrada na prática especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é determinante de Saúde Mental?

O investimento na área da esperança/desesperança, associado a alguns quadros psicopatológicos como a depressão e os comportamentos autodestrutivos (Monteiro, 2014) tem vindo a ser, cada vez mais, alvo de investigações. Com efeito, sendo a promoção da esperança pertinente na área da ESMP, as intervenções do EESMP podem vir a traduzir maiores ganhos em saúde e menores gastos com fármacos, aumentando a qualidade das respostas dos serviços de saúde na área, estas que se pretendem centradas na pessoa e na comunidade (PNSM, 2017). Contudo, para tal ter sucesso, são necessários profissionais altamente qualificados.

Enquanto futura EESMP ambiciono constituir-me numa dessas profissionais, respondendo à questão anteriormente apresentada e aprofundando a temática através da consolidação de conhecimentos, análise, reflexão e execução de

intervenções no âmbito da promoção da esperança, estabelecendo relações de parceria e confiança com a pessoa/família(s).

No seguimento do referido anteriormente, nos contextos de estágio, procurei junto da pessoa/família(s) com experiência de doença mental mobilizar-me, atuando na prevenção, promoção, diagnóstico e intervenção na área da doença mental. Ao identificar esperança nas narrativas da pessoa/família(s), através do estabelecimento da relação de ajuda, reconheci os fatores inibidores e promotores de esperança, potenciando os últimos e capacitando as pessoas para enfrentarem as adversidades. Deste modo, adquiri e aprofundei competências do EESMP, que é dotado de um conjunto de saberes diferenciados, mobilizando-se como instrumento terapêutico e desenvolvendo vivências e conhecimentos (OE, 2011).

É importante referir que embora a maioria dos estudos existentes acerca da temática sejam em portadores de ansiedade e depressão, a população-alvo do meu projeto, aferida nos contextos clínicos, não se resumiu apenas a pessoas com essas perturbações mentais, mas sim a todas as pessoas/família(s) com experiência de doença mental.

Os estudos com portadores de ansiedade e depressão demonstram que quanto maior o nível de esperança da pessoa/família(s), maior é a capacidade de enfrentarem os problemas (Grandizoli et al., 2017).

Na ideação suicida, especialmente em pessoas com depressão, as evidências revelam que a esperança se constitui como um fator protetor (Cutcliffe, 2009). Isto é corroborado por Luo et al. (2016), ao referir que a esperança permanece significativamente associada a tentativas de suicídio e não ao suicídio consumado.

Na esquizofrenia, por exemplo, visando obter uma relação entre os níveis de esperança da pessoa e a sua recuperação funcional, concluiu-se que os EESMP podem contribuir para esta recuperação, facilitando a vida social, nomeadamente através da promoção da esperança (Coşcun & Altun, 2018).

Em suma, delimitada a problemática, os números e os factos apresentados são concretos e falam por si, sendo por isso a intervenção necessária. Para tal, é relevante explorar a literatura existente, enquadrando-se a mesma no presente relatório, de modo a identificar os resultados existentes e as intervenções que carecem de investigação, dando-lhes uma maior visibilidade na prática de cuidados em ESMP.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A Esperança e a Doença Mental: Fundamentos para a Intervenção

A Esperança é “(...) uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante contudo incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo” (Dufault & Martocchio, 1985, p. 390). É fundamental na vida humana, constituindo-se uma experiência de sentido e propósito para a vida (Cutcliffe & Herth, 2002), englobando aspirações de que a vida pode melhorar, desejos de mudança e pensamentos positivos (Leamy et al., 2011).

Transversal a várias disciplinas – Filosofia, Teologia, Medicina, Psicologia e Enfermagem – foi através das duas primeiras que se constituiu como alvo de investigação, no século XX. Mais concretamente em 1950, evidenciou-se como área de interesse nas ciências humanas e da saúde (Ward & Wampler, 2010; Weingarten, 2010).

Na Medicina, Viktor Frankl referiu-se à esperança como essencial à vida, afetando a imunidade do ser humano (Weingarten, 2010). Após este médico e filósofo, muitos outros se debruçaram acerca do constructo, sendo comum a todos eles a visão otimista e a expectativa positiva, face ao futuro em que a esperança se traduz.

Na linha da Psicologia, a esperança é considerada um agente de mudança, um estado emocional positivo e uma variável psicológica que sugere um desenvolvimento cognitivo saudável, existindo desde a nascença (Lopez, Snyder & Pedrotti, 2003). Assume-se, portanto, que a pessoa tem vários níveis de esperança ao longo do ciclo vital, sendo a sua motivação determinante para a concretização dos objetivos que vai estabelecendo (Bandura, 1977). Por conseguinte, é um conceito dinâmico, tal como referem Dufault & Martocchio (1985).

Destaco que na implementação do projeto, optou-se pelo Modelo de Esperança de Dufault & Martocchio (1985) - um modelo de referência para a Enfermagem, onde a promoção da esperança se constitui como uma intervenção específica do enfermeiro (Querido, 2018).

Segundo Dufault & Martocchio (1985), a **Esperança** concetualiza-se em duas esferas: esperança generalizada que se relaciona com algum benefício no futuro, não se ligando a nenhum objeto, seja ele concreto ou abstrato, explícito ou

implícito; esperança particularizada que se relaciona com um objeto de esperança, um resultado específico e que é valorizado.

Para ambas as esferas da esperança, são definidas seis dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa/relacional, temporal e contextual (Dufault & Martocchio, 1985). A primeira, a **dimensão afetiva**, contempla emoções e sentimentos – confiança, alegria, excitação – e contempla também incertezas – ansiedade, dúvida, preocupação, raiva, sofrimento e, por vezes, desespero (Querido, 2015). A **dimensão cognitiva** tem que ver com os processos intelectuais através dos quais a pessoa define objetivos, avaliando a realidade e identificando os fatores de inibição e promoção de esperança. Por sua vez, a **dimensão comportamental** consiste na ação/motivação para atingir os objetivos/resultados esperados nos diferentes domínios - físico, psicológico, social e espiritual. A **dimensão afiliativa/relacional** inclui, por sua vez, elementos de interação social, reciprocidades, interdependência, vinculação e intimidade, é aquela que é orientada para os outros, englobando a autotranscendência (Dufault & Martocchio, 1985). Por fim, a **dimensão temporal** é focalizada na experiência pessoal passada ou presente, sendo a esperança direcionada para o futuro, e a **dimensão contextual** engloba as situações de vida que rodeiam, influenciam e fazem parte do conceito de esperança da pessoa/família(s).

Na área de Enfermagem, a esperança assumiu relevância com o trabalho pioneiro de Karl Menninger – psiquiatra americano – ao afirmar que os profissionais na área da psiquiatria se devem constituir como fontes de esperança para as pessoas, sendo esta uma componente essencial da prática clínica (Querido, 2015).

A OMS (2010) corrobora o referido anteriormente, afirmando que a promoção da esperança, associada à definição de objetivos, se constitui como um princípio de boa prática clínica na pessoa/família(s) com experiência de doença mental.

Posteriormente a Karl Menninger, em 1970, Madeline Valliot – enfermeira – destacou o papel específico que os enfermeiros desempenham na prevenção da doença mental e na capacitação e promoção da esperança da pessoa/família(s) com experiência de doença mental (Cutcliffe, 2009). Desde então a esperança tem sido alvo de vários estudos de investigação e uma prioridade em ESMP, constituindo-se como determinante de SM (Querido & Dixe, 2016; Venning, et al., 2011; Schrank, et al., 2011; Deering & Williams, 2018). Assim, podemos afirmar que a esperança promove a SM e previne a doença mental (Venning et al., 2011),

o que é reforçado por Querido & Dixe (2016). Efetivamente, a promoção da esperança é uma intervenção que previne morbidades psiquiátricas. A não intervenção – falta de esperança – gera um risco significativo de doenças mentais tais como a depressão, sociopatia e os comportamentos associados ao suicídio (Rumpold, 2016).

De facto, a esperança tem-se estabelecido como foco de atenção no que se refere às pessoas com perturbação depressiva. O Guia de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária é um exemplo disso, reconhecendo a promoção da esperança como uma intervenção com ganhos no combate à desesperança e suicídio (Santos et al., 2012). Segundo Luo et al. (2016), quando o suicídio parece ser a única solução possível para pessoas com depressão, é importante ajudá-las a encontrar aspetos significativos na vida, fazer planos futuros e identificar soluções alternativas.

Especificamente na depressão, segundo Sun et al. (2014), a esperança tem um papel moderador. Um estudo realizado com estudantes universitários revelou que a ruminação é um fator predisponente para a depressão, contudo, se as pessoas apresentarem elevados níveis de esperança mesmo que tenham elevados níveis de ruminação, não irá haver agravamento da depressão (Sun et al., 2014).

A esperança constitui-se, realmente, como um potente agente terapêutico nos momentos de maior dificuldade para a pessoa/família(s) que enfrentam uma situação de crise/doença mental (Querido & Dixe, 2016). De acordo com Grandizoli et al. (2017), elevados níveis de esperança proporcionam uma maior capacidade de enfrentar os problemas.

Segundo um estudo de Querido (2018), surge muitas vezes a seguinte questão: como intervir na promoção da esperança? Segundo Querido (2018), primeiramente, deve-se saber identificar a esperança da pessoa de acordo com um modelo ou teoria de enfermagem. Posteriormente, deve-se avaliar a esperança, recorrendo a entrevistas e tentando identificar objetos/recursos da pessoa que a promovam, caracterizando-a. Por fim, deve-se promover a esperança como intervenção do EESMP.

De salientar que “(...) uma relação terapêutica promotora de esperança pressupõe que o enfermeiro faça uso terapêutico de si próprio no sentido de se utilizar como instrumento de intervenção no desocultar da esperança do outro e poder intervir na sua promoção” (Querido, 2018, p.7). Efetivamente, a promoção da esperança enquanto intervenção do EESMP, se não for ancorada no processo de

relação de ajuda anteriormente descrito, corre o risco de ser apenas uma listagem de simples atividades (Monteiro, 2014).

Cavaco et al. (2010) refere que a esperança é um conceito central na enfermagem, extremamente benéfico na saúde pelo que lhe atribui um valor terapêutico (Querido, 2015). Para Saelor et al. (2014), embora não existam estudos com relatos de experiência de esperança em primeira pessoa, a esperança é importante para a pessoa/família(s) com experiência de doença mental. Para a sua promoção, segundo Querido (2015), importa ter em consideração dois fatores fundamentais: fatores inibidores e promotores de esperança.

O otimismo/positivismo, a resiliência, a auto-estima e o *empowerment* constituem-se como fatores promotores de esperança (Schrank et al., 2012; Gallagher & Lopez, 2013; Bai, Kohli & Malik, 2017) e que perspetivam uma melhor qualidade de vida (Saelor et al., 2014).

O otimismo/positivismo apresenta correlações positivas com a esperança e são considerados fundamentais para recuperar e resistir face às adversidades da vida (Jesus, 2016; Bai, Kohli & Malik, 2017).

A resiliência previne a exaustão familiar nos contextos de doença mental (Querido & Dixe, 2016). Esta é conceptualizada como a habilidade de persistir nos momentos difíceis, mantendo a esperança e a SM (Jesus, 2016). As pessoas que são altamente resilientes tornam-se mais fortes depois de passarem por situações difíceis, desenvolvendo confiança em si mesmas e aprendendo novas formas de lidar com as adversidades com que se deparam (Rutter, 1992 citado por Jesus, 2016; Seligman et al., 2005).

Charepe (2011) afirma que a rede familiar também funciona como rede de força, resiliência e *empowerment*, o que torna a família como um possível fator determinante de esperança e que deverá ser incluído nas intervenções.

A auto-estima, sendo o principal fator preditivo de SM (Bai, Kohli & Malik, 2017), é também definido como uma competência intrapessoal, ajudando na criação de defesas contra as ameaças e ansiedade (Querido, 2015).

O *empowerment*, determinante de esperança, capacita a pessoa/família(s), permitindo que as mesmas desenvolvam conhecimentos, capacidades e fatores protetores, específicos à promoção da esperança (OE, 2011).

A presença de ansiedade, depressão, ideação suicida, por sua vez, são fatores inibidores de esperança, despoletando a desesperança na pessoa/família(s) (Querido, 2015).

Na implementação do projeto, tendo em consideração o referido previamente, os fatores promotores de esperança apresentados foram, essencialmente, os que se potenciaram na população-alvo. Para tal, e sabendo que o quotidiano profissional da Enfermagem requer a análise dos cuidados prestados, de modo a implementar as intervenções mais adequadas e a garantir os melhores resultados, por vezes surgiu a necessidade de colocar “lentes”, as quais são denominadas de paradigmas, e que se encontram descritas seguidamente.

2.2. *The Tidal Model* de Phil Barker e a Perspetiva Existencial-Humanista

The Tidal Model, também conhecido como Modelo de Recuperação da SM, foi criado no final da década de 1990 por Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker. Segundo este modelo, o conceito de SM é enquadrado numa perspetiva de mudança constante do ser humano e na busca pelo seu equilíbrio – *recovery*.

Na prática clínica, *The Tidal Model* começou por se implementar em dois internamentos de psiquiatria, na cidade de Newcastle (1998). Posteriormente, em 2000, foi adotado pelo Programa de SM de Newcastle e North Tyneside (Barker & Buchanan-Barker, 2005) e desde aí tem sido implementado e estudado em vários países, sendo possivelmente o primeiro modelo de SM desenvolvido por EESMP e destinado à prática específica de enfermagem. Não obstante, este modelo exalta a dimensão da espiritualidade, onde se integra a temática em estudo – a esperança (Barker, 2001).

Barker & Buchanan-Barker (2010), referem que a vida é uma “*viagem num oceano*” de experiências, sendo que em todas essas experiências, integradas no processo saúde/doença, existem descobertas. Em determinadas experiências surge o desânimo e a desesperança (crise), o que faz com que a pessoa possa necessitar de auxílio.

O processo terapêutico/relação de ajuda que se desenvolve, constituindo-se a pessoa como um ser de relação, visa apoiá-la e auxiliá-la a encontrar/identificar os seus recursos e receios de modo a que olhe para si mesma e se restabeleça (Chalifour, 2008).

“(...) a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda” (Chalifour, 2008, p.33).

Segundo Brammer (1979), citado por Lazure (1994), a relação de ajuda “(...) é uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”. Importa referir que o que é fornecido ao cliente não são soluções, mas sim um clima de compreensão e apoio (Phaneuf, 2005, p.324). Uma vez equilibrada, a pessoa terá as ferramentas necessárias para prosseguir a sua vida (*recovery*).

Tal como referem Barker & Buchanan-Barker (2005) e Chalifour (2008), ao intervir, o enfermeiro deve expressar uma curiosidade autêntica no que é dito pela pessoa, reconhecendo as suas capacidades e os seus recursos pessoais positivos, não valorizando as suas fraquezas. Deve fundamentar o valor inerente de cada pessoa e o seu potencial de mudar, além da capacidade de autonomia na produção de saúde, com o entendimento de que a pessoa é capaz de suprir as suas próprias necessidades (Teixeira et al., 2018).

Para tal, *The Tidal Model* refere que se devem realizar avaliações holísticas e focadas, atuando-se em três domínios: o domínio do *self*, o domínio do mundo e o domínio dos outros (Barker, 2001). De facto, quando estes se interligam influenciam a vida da pessoa/família(s).

Num primeiro momento, o enfermeiro fornece à pessoa o suporte emocional, depois auxilia na identificação do que pode ser passível de mudança, facilitando o *recovery* e por fim, analisa o papel da família, amigos e profissionais no seu processo terapêutico (Barker, 2003).

Ao centrar-se na experiência de vida da pessoa, o enfermeiro sustenta a importância de a envolver no seu próprio processo terapêutico, apelando à experiência vivida e narrada pela própria (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

Efetivamente, em ESMP, a intervenção centra-se na pessoa diferenciando-se assim do que acontece nos cuidados ou tratamentos físicos, em que o profissional se centra no pedido de ajuda e no problema (Chalifour, 2008). Isto é corroborado por Phaneuf que afirma que o foco na pessoa é uma condição preliminar, ou seja, é um pré-requisito essencial à relação de ajuda e é reforçado também por Lazure (1994, p.8) que salienta que “(...) o cliente é a principal fonte de ajuda.” Esta abordagem centrada na pessoa revela-se de grande importância, tendo sido formulada por um psicólogo americano – Carl Rogers (1985) – a quem se deve também a introdução de todo o conceito «relação de ajuda». Para o mesmo autor, a relação de ajuda baseia-se em relações em que uma das partes

participantes promove na outra parte o crescimento e desenvolvimento com o objetivo de melhor lidar com a sua vida.

Nesta linha de pensamento, para o sucesso desta relação de ajuda, o interveniente deve ter presente a importância da qualidade da relação – “(...) o cuidado e o tratamento não podem existir sem a presença de um laço significativo entre os indivíduos (...)” (Chalifour, 2008, p.120). Esta qualidade da relação, segundo Peplau (1988), revolucionista no ensino e prática da enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos da América (EUA), é onde se centra o papel do EESMP.

Fomentando a qualidade da relação, Buchanan-Barker & Barker (2008) elaboraram dez compromissos para os momentos de “tempestade” (crise), os quais servem como ferramentas para ampliar o potencial da pessoa e da relação de ajuda, sendo o enfermeiro a ferramenta base que pode maximizar esse potencial:

1. Valorizar a voz, uma voz de experiência vivida, que narra a história individual da pessoa e abrange não só o sofrimento do momento, mas também a esperança na sua resolução;
2. Respeitar a linguagem. É a forma ideal para iluminar o caminho do *recovery*. Salienta-se aqui a importância de usar a comunicação verbal mas igualmente a comunicação não-verbal. Segundo Sequeira (2016), por vezes, a comunicação não-verbal promove uma maior lucidez, completando os processos comunicativos e conduzindo à implementação de estratégias mais adequadas;
3. Desenvolver curiosidade, mostrando interesse na história da pessoa e sendo autêntico. A autenticidade tal como a congruência são dois termos que Rogers utiliza como sinónimo de se ser genuíno, e que se constituem como atitudes que permitem uma melhor comunicação;
4. Tornar-se aprendiz. Cada pessoa é o especialista primordial da sua história de vida, e o enfermeiro só tem acesso à compreensão dessa história se adotar uma postura de “aprendiz”;
5. **Utilizar as ferramentas disponíveis (*Toolkit*)** - os elementos, estratégias que a pessoa já usou anteriormente com sucesso, constituem-se nos instrumentos que o enfermeiro deve usar na construção de uma nova história;
6. Capacidade de dar um passo mais além. O enfermeiro e a pessoa são parceiros na relação de ajuda e neste sentido, é fundamental irem realizando uma apreciação de como está a evoluir a relação, programando o que pode ser feito a curto prazo;

7. Oferecer tempo é de extrema importância na medida em que é necessário tempo para que se desenvolva uma relação de confiança entre enfermeiro-pessoa, algo que influencia a qualidade da relação (Rogers, 2009).

8. Revelar sabedoria pessoal. Ao longo da relação de ajuda, a pessoa revela elementos-chave da sua vida, e é fundamental que o enfermeiro lhe devolva o que compreendeu da situação, recorrendo a reflexos, à reiteração, reformulação ou à elucidação (Chalifour, 2008).

9. A mudança é inevitável e constante. Como tal, o enfermeiro deve auxiliar a pessoa a consciencializar-se de que forma a mudança ocorre, e de que modo essa mudança pode ser importante na sua vida.

10. Ser Transparente, ou seja, ser autêntico/genuíno, o que significa que a imagem que é transmitida ao outro é real. É de facto uma atitude que ajuda o interveniente a ser ele próprio no decurso da relação com o cliente. Rogers (2009, p. 39) afirma “(...) nas minhas relações com as pessoas descobri que não é saudável, nem ajuda, a longo prazo, agir como se eu não fosse quem sou”.

Barker e Buchanan-Barker (2005)

Estes dez elementos sustentam a afirmação: “(...) quanto mais aberto estou às realidades em mim e nos outros, menos me vejo a tentar a todo o custo remediar as coisas” (Rogers, 2009, p. 44). Efetivamente, a relação de ajuda é pautada de grande complexidade, competindo ao interveniente adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes específicas a fim de oferecer uma ajuda sustentada (Chalifour, 2008).

Importa destacar de entre todos estes elementos, a esperança - atitude mobilizadora de energia e a ter em consideração no estabelecimento de uma relação de ajuda, constituindo-se como uma crença de que as intervenções terão os resultados esperados. (Phaneuf, 2005).

Sendo a relação de ajuda um processo complexo, ocasionalmente, somos confrontados com situações e pessoas complexas, surgindo dificuldades relacionais. Perante estas dificuldades, o interveniente deve reconhecer o comportamento da pessoa e atribuir-lhe um sentido (Chalifour, 2008). Para isso, deve interessar-se, questionar-se, possuindo um bom e sustentado conhecimento de si mesmo e deve conhecer as teorias existentes acerca do problema relacional do cliente (Chalifour, 2008).

O comportamento que a pessoa nos apresenta, constitui-se muitas vezes como um mecanismo de defesa, o qual pode revelar por si só o pedido de ajuda. De salientar que, na maioria dos casos, apesar do comportamento da pessoa, ela deseja ser ajudada (Chalifour, 2008). Contudo, os intervenientes sentem-se, por vezes, incapazes de encontrar respostas ou, encontrando-as, sentem medo de as pronunciar. Assim, a resposta que na maioria das vezes está no interior da relação, é procurada no exterior (Chalifour, 2008) – estratégias de evitamento. Este é o mecanismo através do qual o interveniente procurar fugir a situações geradoras de emoções intensas (Phaneuf, 2005). Isto é prejudicial e consome energia, devendo-se envolver a pessoa e procurar as respostas conjuntamente, mobilizando conhecimentos e usando técnicas de comunicação, estratégias relacionais, atitudes e recorrendo também aos compromissos presentes no *The Tidal Model*.

Na implementação do projeto foquei-me, maioritariamente, no compromisso número cinco, transpondo-o para uma das intervenções realizadas em contexto de estágio – a construção de um «Kit de Esperança». Este *Kit* continha objetos significativos para a pessoa/família(s), facultando-lhes esperança (fotografias, pulseiras, etc). De facto, a história da pessoa informa sobre estratégias que a pessoa já utilizou com sucesso e outras que não resultaram, sendo que as primeiras devem ser utilizadas pelo enfermeiro no desbloquear ou no auxílio da construção de uma nova história, uma nova esperança.

Efetivamente, “as pessoas que experienciam processos de doença e recuperação encontram-se muitas vezes sem esperança, mas podem ser incentivadas a criar os seus próprios *Kits* de Esperança” (Monteiro, 2014, p.34).

3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM: ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Realizada a caracterização do objeto de estudo, através do enquadramento teórico, apresentam-se seguidamente as opções metodológicas implementadas nas diferentes fases de execução do projeto.

Com vista ao desenvolvimento dos objetivos e competências nas diferentes fases, tendo em conta as necessidades da pessoa/família(s) com experiência de doença mental, o estágio foi organizado em dois contextos. O primeiro em contexto comunitário e o segundo em contexto de internamento.

Os objetivos específicos delineados para ambos os estágios foram: avaliar as necessidades da pessoas/família(s) com experiência de doença mental; promover a esperança através da relação de ajuda e analisar o percurso efetuado, descrevendo-o de forma objetiva e fundamentada.

Integrada no descrito anteriormente, a minha intervenção direcionou-se para três dimensões da esperança em específico: afetiva, cognitiva e comportamental.

Pretendi avaliar o tipo de emoções das pessoas, positivas e negativas (dimensão afetiva) para definir objetivos (como por exemplo realizar determinada atividade), identificando fatores inibidores e promotores de esperança, sendo que os que se potencializaram foram os fatores promotores (dimensão cognitiva). Finalmente, pretendi que as pessoas tivessem motivação para atingir os objetivos delineados (dimensão comportamental).

Neste capítulo pretendo assim descrever, o mais detalhadamente possível, os diferentes momentos da execução do meu projeto de intervenção clínica em ESMP. Sendo que pretendi adquirir e desenvolver competências em ESMP, segui a metodologia do trabalho de projeto. Esta prevê uma ordem lógica de procedimentos e operações que se interligam (Castro & Ricardo, 2003).

3.1. Estágio em Contexto de Ambulatório

O estágio em contexto de ambulatório decorreu numa estrutura da comunidade (EC) do distrito de Lisboa. Integrado na EC, existe um projeto no âmbito da consulta de ESMP em contexto domiciliário, visando a prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com necessidades de SM.

O projeto tem como objetivo geral prestar cuidados de SM na comunidade, tendo como população-alvo pessoas com doença mental grave e suas famílias, as

quais tenham alguma incapacidade psicossocial ou se encontrem em situação de dependência. Para tal, o projeto rege-se pelos seguintes princípios: promoção da SM da população e redução do impacto das perturbações mentais; prestação de cuidados de SM numa perspetiva de proximidade; promoção do tratamento, reabilitação e integração na comunidade, envolvendo ativamente utentes, família e EC; promoção do *empowerment* e promoção da autonomia.

A integrar o projeto está uma equipa multidisciplinar, constituída por uma enfermeira, uma assistente social e dois médicos internos de psiquiatria.

Na EC, mensalmente, existe um grupo de famílias que partilha as suas vivências e experiências, sendo que foi com os mesmos que implementei de um modo mais específico o meu projeto, recorrendo a atividades de grupo. De facto, as atividades de grupo têm sido amplamente utilizadas na assistência em SM dado os benefícios que lhe estão associados. Os grupos são um conjunto de relações dinâmicas com vista à concretização de um objetivo (esperança) e a utilização de estratégias grupais permite mobilizar, estimular, educar, treinar e consciencializar (Spadini & Souza, 2006).

Neste contexto (comunidade), visando desenvolver competências do EESMP, recorri à observação dos cuidados e formas de ser/estar/fazer da enfermeira e, posteriormente, fui intervindo de forma gradual na consulta de enfermagem, tendo também a oportunidade de dinamizar o grupo de famílias.

Observar foi fundamental para analisar e compreender as relações dos sujeitos entre si, com a enfermeira e com o meio em que viviam (Phaneuf, 2005) e, efetivamente, tais aspetos foram pertinentes para a posterior intervenção.

A forma de ser/estar/fazer da enfermeira na consulta também foi importante no meu processo de aprendizagem, pois através dos seus conhecimentos e vasta experiência em SM, interligava de um modo simples os conceitos teóricos com a prática clínica e a forma calorosa como recebia as pessoas era motivante.

Progressivamente, fui colocando em prática o que tinha observado, discutindo e refletindo sobre as intervenções implementadas. Considero que tive um esforço adicional na área do autoconhecimento, o qual se encontrará sempre em processo de descoberta. Talvez por não ser da área da SM, senti algumas dificuldades, pelo que investi bastante na área da reflexão e discussão dos cuidados prestados.

Foi um longo caminho de aprendizagem, bem como de desenvolvimento pessoal e profissional, o qual descrevo seguidamente. Em determinados

momentos, tive que repensar o meu projeto inicial e aferir os objetivos, na medida em que o grupo de famílias apenas se deslocava à EC uma vez por mês. Nas consultas em específico, as pessoas já tinham e naturalmente, uma relação de confiança estabelecida com a enfermeira.

3.1.1. A consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em contexto domiciliário

Segundo Gaspar (2011), o domicílio constitui-se como uma oportunidade de se estar mais próximo da pessoa/família(s), facilitando o estabelecimento de uma relação de confiança e a identificação precoce e adequada das necessidades da família.

De facto, a prestação de cuidados de enfermagem domiciliários tem sido uma intervenção de referência ao longo das épocas, influenciando paradigmas. Desde a intervenção focada na doença (Paradigma da Categorização) até à centralização da intervenção na promoção da saúde (Paradigma da Transformação), o domicílio está presente na Enfermagem (Vieira, 2008).

Na CIPE (2005), o termo “visita domiciliária” significa “consulta”. Neste sentido, no âmbito da consulta de ESMP, podemos afirmar que o domicílio é o contexto de intervenção do EESMP.

A consulta de ESMP em contexto domiciliário, segundo a OE (2011), constitui-se como uma intervenção autónoma, ancorada na relação de ajuda estabelecida com a pessoa/família(s) com experiência de doença mental. Enquanto intervenção especializada, deve ser guiada por padrões de qualidade e tem por base a relação de ajuda, numa abordagem holística à pessoa/família(s) com experiência de doença mental (OE, 2011).

Oliveira S. et al. (2012), em termos de eficácia, afirma que a consulta de enfermagem constitui-se como uma estratégia eficaz na deteção precoce de desvios de saúde e no acompanhamento de medidas instituídas para o bem-estar dos utentes, trazendo benefícios à comunidade. O Relatório Mundial de Saúde confirma, dizendo que a prestação de cuidados às pessoas com perturbações mentais crónicas na comunidade é mais eficaz (OMS, 2001).

Efetivamente, as Visitas Domiciliárias (VD) em que participei, proporcionaram-me uma visão ampla das condições de vida e da pessoa/família(s), permitindo-me entrar em contacto com várias culturas, crenças e valores.

Foram várias as pessoas com diferentes culturas com as quais tive oportunidade de contactar/lidar, sendo que a necessidade de adaptação e compreensão para com as mesmas representou, certamente, uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. De facto, segundo Reis (2015), os profissionais de saúde precisam de estar munidos de conhecimento orientador da sua prática clínica, tendo em conta a diversidade cultural que caracteriza os contextos de cuidados.

Nas VD realizadas destaco como ponto principal as interações desenvolvidas, tendo sido possível criar relações de confiança e estabelecer parcerias, partes integrantes da relação de ajuda.

Recordo-me que numa das VD, ao entrar e sentar-me na sala da D.C., constatei de imediato a sua necessidade de ser ouvida, algo transversal a todas as VD – uma necessidade de falar, mas sobretudo de ser ouvida, escutada. Com efeito, quando o enfermeiro permite ao utente participar de forma ativa na sua consulta, escutando-o com interesse e favorecendo a sua liberdade de expressão, percebe-o como ser único e é capaz de planear uma intervenção de enfermagem individualizada e mais satisfatória para ambos (Oliveira S. et al., 2012).

A D.C. era uma senhora referenciada ao projeto através dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) por suspeita de sobrecarga familiar, tendo uma filha com o diagnóstico médico de perturbação da personalidade e de doença bipolar e o marido com o diagnóstico de carcinoma do cólon. Anteriormente, já tinha frequentado as consultas, contudo, a preocupação com a sua filha (a qual recusava ajuda) ditou o abandono das mesmas.

Na primeira VD realizou-se uma entrevista semiestruturada à D.C., identificando-se a rede de apoio formal e informal existente. Percebi que se tratava de uma cuidadora com risco de sobrecarga familiar.

Para Sequeira (2010), o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente. Efetivamente, o impacto que o cuidado direcionado a uma pessoa pode provocar no ambiente familiar pode traduzir-se em sobrecarga (Reis et al., 2016).

A D.C. apresentava-se bem cuidada. No seu domicílio, estavam também duas enfermeiras do apoio ao domicílio a realizarem o tratamento da ferida ao Sr. V. Estas deslocavam-se à sua casa cerca de duas vezes por semana, informou.

A entrevista decorreu sem intercorrências e, ao longo da mesma, eu dei-me conta que a D.C. ao evidenciar alguns sinais de cansaço, apresentava também fatores promotores de esperança, os quais se poderiam constituir como mecanismos de *coping*. Entre eles destaco as suas crenças religiosas, a costura e a Universidade Sénior, onde conjugava muitas vezes os dois primeiros.

Procurei conhecer o que a D.C. considerava serem os seus problemas (a filha, por exemplo) e, ao longo da interação, fui tendo momentos de empatia. Na relação senti-me, sobretudo, a escutar a D.C. Consciencializei-me de que, de facto, é preciso escutar para tentar entrar no mundo do outro, aceitando-o totalmente e estimulando as atitudes positivas. Aliás, escutar é de facto mais que ouvir, é ouvir utilizando para tal vários órgãos dos sentidos - é “captar a mensagem comunicada, compreender o seu conteúdo concetual e afetivo e manifestar a sua compreensão ao cliente através do modo de intervir junto dele” (Chalifour, 2008, p. 150).

Num determinado momento, a D.C. referiu-se à sua filha: “Ela liga-me a chamar-me nomes, a perguntar o que deve fazer, a dar-me ordens! Eu digo que ela é que tem que decidir, ela é que sabe. Não sei como a ajudar. Como a ajudo? Gostava que me dissessem o que devo fazer para a ajudar. Digam-me!”. Tremi interiormente e pensei: “O que digo agora?” Aqui, relembrei Chalifour (2008) e percebi que era a D.C. que tinha que procurar em si própria os recursos de que necessitava para encontrar soluções. Para tal, também eu tinha que acreditar que a D.C. tinha os recursos, tendo que os mobilizar para solucionar o que considerava ser um problema (Lazure, 1994). E, de facto, ela tinha os recursos! Então disse: “Imagino que seja difícil o que está a vivenciar. Contudo, penso que tem tido a atitude correta! Está presente para a sua filha, mas é ela que tem que tomar as decisões referentes à sua vida”. Recordo-me que após este momento houve um período de silêncio, mas creio que um silêncio de entendimento e reflexão, um silêncio gerado pela tal escuta, integrando o que acabava de ser exprimido (Lazure, 1994) porque de facto, o silêncio é “(...) um vazio que dá todo o seu relevo ao conteúdo do discurso.” (Rispaill, 2003, p.69).

A certo momento, a D.C. referiu consecutivamente que a filha lhe ligava todos os dias, ao que questionei: “Quantas vezes por dia?” e ela respondeu: “Várias vezes. E se não atendo fica chateada!”. Após alguma exploração do assunto, questionei: “A D.C. atende sempre o telefone?” e ela disse-me que sim, admitindo que não se sente bem com isso porque às vezes nem lhe apetecia atender. Assim, com o objetivo de promover um funcionamento saudável nesta

relação entre mãe e filha, ultrapassar as dificuldades e potenciar o bem-estar da D.C., pedi-lhe para me dizer quais eram as hipóteses para não atender o telefone, dado não poder, ou simplesmente não querer. Foram várias as hipóteses formuladas em conjunto: o não atender, o atender e dizer que não podia falar, o atender e dizer à filha que aguardasse que já lhe voltava a ligar, entre outras, nas quais a D.C. disse que ia pensar.

Acredito que, naquele momento, poderei ter sido um fator de esperança, surgindo também as várias hipóteses como uma fonte de esperança.

A VD à D.C. foi significativa para mim, marcando o início da minha intervenção na área da esperança. Através da mesma, aprofundei conhecimentos relativamente à colheita de dados, à identificação das necessidades da pessoa/família(s) e às intervenções que são realizadas pelo EESMP. Ao intervir, fui ganhando confiança e sentindo que a D.C. também depositava confiança em mim, partilhando aspetos muito significativos da sua vida.

Percebi claramente que na consulta existe uma avaliação holística e focada, o que origina intervenções que reconhecem os recursos e a capacidade de encontrar soluções da pessoa/família(s), funcionando como ponto de partida para a exploração criativa da enfermeira, em vez de estar limitada a uma prática com um protocolo, algo que acontece no meu contexto profissional.

Em suma, o meu contato quase diário com estas pessoas/família(s) nas VD, despertou-me para a relevância das consultas e permitiu-me começar a valorizar aspetos da relação que se encontravam ainda negligenciados: o tempo, a comunicação (verbal e não-verbal), a escuta e a confiança.

3.1.2. Grupo de Famílias

O Grupo de Famílias, o qual tive oportunidade de coordenar, consiste num grupo de apoio às famílias de pessoas com experiência de doença mental. Habitualmente reúne-se uma vez por mês e é dinamizado por uma enfermeira, uma assistente social e uma psicóloga.

Nas últimas décadas, o papel que as famílias desempenham nos cuidados a um familiar com doença crónica tem sido reconhecido, verificando-se que a maioria dos doentes evoluem melhor quando têm apoio da família (Fazenda, 2008). A família é de facto um recurso, no entanto, deve-se ter em consideração que esta tem também dificuldades em gerir determinadas situações, precisando de apoio.

Campos & Soares (2005, p. 233) afirmam-no ao dizer: “a intervenção junto aos familiares visa não apenas instrumentalizá-los como cuidadores, mas como pessoas que também precisam de cuidados”.

Neste sentido, o grupo de famílias permite a partilha de experiências interfamiliares e promove vínculos de confiança e comunicação, essenciais para trabalhar as dificuldades. Para além disso, é um espaço onde se consegue relaxar, rir, chorar, atingindo-se elevados níveis de bem-estar (Ribeiro, Marin & Silva, 2014).

As famílias necessitam ser ouvidas, partilhar responsabilidades com outras famílias e técnicos, saber que recursos as podem apoiar e perceber que o seu problema não é único (identificação) – “às vezes também me sinto assim”. Com efeito, o processo de identificação com os outros familiares possibilita o sentimento de se ser verdadeiramente escutado e compreendido, favorecendo a descoberta e criação conjunta de estratégias para lidarem com os problemas, embora de forma moderada por uma pessoa como o EESMP (Felícia, 2016).

É um facto que quanto mais suporte social existir, mais aptos estarão os familiares para enfrentar os acontecimentos adversos (Fazenda, 2008). E, efetivamente, o grupo de famílias dá resposta a todas estas necessidades, constituindo-se, a meu ver, como uma importante estratégia de cuidado eficaz e suporte terapêutico.

Adicionalmente, o grupo é aberto e flexível, podendo mudar de acordo com as circunstâncias de cada cliente. Assim, considero que grupos como este são necessários para que os familiares tenham a oportunidade de se colocar como sujeitos, oferecendo um espaço para partilhar as suas angústias e o seu cansaço, mas também para falar de si mesmos enquanto pessoas, não somente enquanto cuidadores (Teles, Bomfim & Queiroz, 2016).

Sendo que as famílias das pessoas com experiência de doença mental “podem muitas vezes sentir-se sobrecarregadas de responsabilidade e simultaneamente com um poder muito reduzido para agir eficazmente nas tomadas de decisão relativas ao seu familiar” (Felícia, 2016, p.26), é necessário que elas sejam capacitadas e “orientadas para o uso de estratégias de *coping* adequadas” (Felícia, 2016, p.28). Deste modo, e tendo em consideração a implementação do meu projeto dinamizei duas sessões conjuntamente com a enfermeira orientadora, com um total de cerca de 10 familiares.

A temática das sessões, psicoeducativas e psicoterapêuticas, teve como centro terapêutico os problemas que os familiares traziam. As preocupações, os

impasses relacionais e a gestão do quotidiano com o familiar com experiência de doença mental foi o que surgiu. Daí emergiu a esperança, foco das sessões, visando recolher conhecimentos, mas também transmitir alguma informação acerca de esperança para os momentos mais difíceis.

Na primeira sessão, recorrendo-se a uma dinâmica de quebra-gelo, explorei o conceito de esperança, com base em experiências pessoais significativas. Na segunda sessão, relembro a primeira, identifiquei e valorizei os fatores promotores de esperança. Por fim, de acordo com o que foi abordado em ambas as sessões, realizei um folheto (Apêndice II), que foi distribuído a cada membro do grupo no momento da finalização da segunda sessão.

Ao longo das sessões, fui-me apercebendo que a maioria dos membros já se conhecia e que existia espírito de entreajuda e coesão, valores que foram reforçados através das atividades desenvolvidas.

Recordo-me que na segunda sessão, um dos elementos verbalizou: “A questão da esperança é tudo muito bonito mas é em teoria. Onde vou ter esperança quando não há nada em concreto em relação ao futuro da nossa filha? O que lhe vai acontecer quando já não estivermos cá?”. No momento fez-se silêncio, os restantes membros do grupo falaram e eu, posteriormente, disse: “Por vezes temos que recorrer aos recursos da comunidade! Um desses recursos somos nós. Estamos aqui disponíveis para vos ajudar”. Aqui ocorreu o fenómeno de espelhamento, ou seja, todos familiares reconheceram a experiência que os outros estavam a transmitir, pois era algo que também os preocupava. Ocorreu também um processo de identificação, que permitiu aos familiares contactarem com as suas dificuldades, semelhanças e até contradições, essenciais num processo de auto e hétero-conhecimento e numa transformação e mudança traduzida num melhor cuidar.

A reunião prosseguiu, no entanto, tal temática inquietou-me. Não tinha esta noção mas, após pesquisa e reflexão com a enfermeira orientadora, constatei que a questão “O que irá acontecer à nossa filha(o)?” é muito comum nos pais de filhos com doença mental. Efetivamente, estes pais vivem atormentados com o dia em que deixarão os seus filhos porque sabem que não existem lares suficientes no país para acolherem todos os que precisam de cuidados especiais e permanentes (Diário de Notícias, 2014).

Enquanto futura EESMP, quero continuar a dar visibilidade a estas temáticas e saliento que as intervenções realizadas em grupo contribuíram muito para a

minha compreensão sobre a pessoa com experiência de doença mental e o impacto desta na família, bem como para a identificação das principais necessidades destas famílias.

As duas sessões efetivadas encontram-se descritas detalhadamente no Apêndice III.

3.2. Estágio em Contexto de Internamento

O estágio em contexto de internamento decorreu num estabelecimento de cuidados diferenciados do distrito de Lisboa. Este, dando resposta a nível de internamento de doentes psiquiátricos agudos, crónicos e deficientes mentais, apresenta como finalidade a prevenção, tratamento e reabilitação de doentes em SM. Para além do internamento, consultas externas de psiquiatria e psicologia clínica, tem ainda outros programas nas áreas da reabilitação psicossocial, geriátrica e apoio a familiares.

A implementação do meu projeto decorreu na unidade de internamento de agudos, a qual se caracteriza por internamentos de curta duração e tem capacidade para 28 pessoas, constituindo-se por uma equipa multidisciplinar - enfermeiros, psiquiatras, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e assistentes operacionais.

Semanalmente, à quarta-feira, realiza-se a reunião comunitária, que tem a duração de uma hora e é orientada por duas pessoas da equipa multidisciplinar - enfermeiro e psicólogo - que têm um papel facilitador e mediador no grupo. Neste espaço, as pessoas expressam as suas dúvidas e emoções acerca do internamento e do funcionamento do serviço, contribuindo para a sua melhoria contínua. O tema é livre e possibilita a intervenção de todos os membros do grupo, estimulando a participação ativa e procurando sempre que necessário promover mudanças comportamentais, tais como a capacidade de expressão e de escutar os outros.

Neste contexto de estágio, num primeiro momento, recorri à observação dos cuidados prestados, participando ativamente, o que me proporcionou a integração na equipa e a aferição dos objetivos do projeto. Posteriormente, realizei entrevistas, planeei cuidados e implementei intervenções, avaliando-as.

De salientar que todas as interações e intervenções se basearam no estabelecimento da relação de ajuda com a pessoa/família(s) com experiência de doença mental. Com particular destaque, no seguinte subcapítulo apresento as

interações com a pessoa da qual realizei o estudo de caso, a qual muito me inquietou e incitou à reflexão.

Neste campo de estágio, tive novamente oportunidade de intervir em contexto grupal, no qual dinamizei duas sessões no âmbito da esperança, as quais se constituíram num programa terapêutico: “Esperar Esperança”. Através do mesmo, potencializou-se ao máximo os recursos do grupo, usando-os como ferramentas na construção do seu caminho de recuperação (Buchanan-Barker & Barker, 2008).

As intervenções foram todas efetuadas sob orientação da EESMP, e tiveram como principais objetivos a redução do sofrimento da pessoa e a promoção da esperança, ancorada na relação de ajuda. Efetivamente, este tipo de intervenção possibilita que a pessoa desenvolva novas respostas aos seus problemas, aumentando o seu bem-estar (OE, 2011).

Em suma, também aqui o caminho foi longo e árduo, mas aliciente para uma completa e enriquecedora caminhada, que passo a descrever.

3.2.1.O Eu como Instrumento Terapêutico

De acordo com Travelbee (1971), citado por Townsend (2011, p.121), “(...) o uso terapêutico de si” consiste na “capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem”.

Segundo Pereira & Botelho (2014, p. 62), “(...) o enfermeiro mobiliza conhecimentos teóricos mas também se utiliza a si próprio como instrumento terapêutico”. De facto, dei-me conta do referido anteriormente em contexto comunitário, contudo, afirmo que no presente contexto – internamento – foi algo mais percecionado e refletido.

Dos diferentes utentes a quem prestei cuidados, destaco a D.A.R. pela sua situação clínica - depressão major. Por ser pouco frequente, suscitou-me interesse em estudar e poder acompanhar o seu processo terapêutico. Ao longo de quatro semanas, fomos construindo uma relação, crescendo ambas em resultado das aprendizagens que emergiram (Peplau, 1988).

De seguida, passo a apresentar a D.A.R:

A A.R., referenciada pelas suas iniciais por motivos éticos e de confidencialidade, tem 31 anos de idade, é solteira e natural de Lisboa, residindo com os seus pais nos arredores da cidade. Tem uma irmã e dois sobrinhos (4 e 6

anos) que vivem em Aveiro. Licenciou-se em arquitetura e posteriormente frequentou um curso para lecionar inglês. Atualmente encontra-se de baixa médica.

É de salientar que desde os 15 anos, devido a um episódio de ansiedade, é seguida em Psiquiatria. Aos 24 anos, coincidindo com o término do seu primeiro relacionamento amoroso, apresentou a primeira tentativa de suicídio, através da Ingestão Medicamentosa Voluntária (IMV).

A segunda tentativa de suicídio, através da IMV com álcool, ocorreu há cerca de três semanas. Refere que não quer estar num mundo tão mau. Neste sentido, foi admitida no internamento por agravamento da sintomatologia depressiva, verbalizando: “Já não há esperança em nada!”; “Não quero estar neste mundo”.

A D. A.R. associa esses sentimentos à desmotivação e perda de interesse na sua profissão, bem como às alterações climáticas, uma preocupação da D.A.R., referindo que estas são a maior reação adversa com que o mundo se depara, estando realmente preocupada. Verbaliza: “O mundo vai acabar!”; “Não quero estar cá para assistir ao fim do mundo. Sinto que não posso fazer nada”.

Analisando o seu discurso, destaco como foco de cuidados a desesperança emanada pela D. A.R: a perda de interesse e sentido para a sua profissão, a qual se expandiu também a outras áreas da sua vida; a convicção de que o mundo vai acabar e sentimentos de inutilidade.

Seguidamente, apresento excertos de algumas interações e intervenções realizadas, utilizando como recurso pedagógico o “Registo de Interação” de modo a identificar situações de transferência e contra-transferência, contribuindo para o desenvolvimento da primeira competência.

Excerto da 1ª Interação (1º Dia de Internamento)

(...) No decorrer da entrevista de admissão:

D.A.R.: “Sou infeliz! Mas também não sei se quero ser feliz porque no dia em que o for, vou morrer.”

(...)

O meu primeiro contacto com a D.A.R. ocorreu na entrevista de admissão, e durou cerca de uma hora e meia.

Dei-me a conhecer enquanto uma pessoa disponível e interessada em ajudar, recorrendo à estratégia relacional de acolhimento. Disse-lhe que gostava de a conhecer, de conhecer a sua história, episódios da sua vida, visando ajudá-la.

A D. A.R. partilhou comigo que se sentia desesperada e triste. Inicialmente, falava num tom de voz baixo e tremido, com o olhar fixo na mesa, irradiando tristeza. Todavia, com o avançar da interação mostrou-se mais descontraída, com o corpo menos tenso e o rosto menos sério.

Quando verbalizou a frase descrita no excerto bloqueei e questioneei: “Como é que vou ajudar alguém que associa a felicidade à morte?; Será que vou conseguir aceitar todas as suas facetas?”

Segundo Rogers (2010) a aceitação incondicional significa aceitar as atitudes da pessoa no momento, ou ter consideração pelas mesmas, quer estas sejam positivas ou negativas (Rogers, 2010). Quando uma atitude é condicional, a pessoa não pode mudar nem desenvolver-se em aspetos que o terapeuta não é capaz de aceitar completamente.

Afirmo que quando a D. A.R. associou a morte à felicidade, não a consegui aceitar incondicionalmente. Penso que foi pelo medo que tenho da morte - contratransferência.

A contratransferência consiste no conjunto de ideias, pensamentos, sentimentos e impressões que são despoletados no terapeuta face à transferência da pessoa (Heinman, 1950). A transferência, por sua vez, segundo o mesmo autor, compreende todos os fenómenos que existem na relação do terapeuta com a pessoa.

Sinto que ao ocorrer a contratransferência, me retraí e não consegui ser empática nesse momento. De facto, a empatia só é possível quando o terapeuta é capaz de apreender momento a momento a experiência que ocorre no mundo interno do outro, como este o sente e o vê, sem que a identidade do terapeuta se dilua nesse processo (Rogers, 2010).

Nesta interação, a D.A.R. estava, de facto, absorvida pela tristeza e neste sentido, no final da entrevista, com o objetivo de a integrar no processo terapêutico, identificando esperança na sua narrativa (Buchanan-Barker e Barker, 2008; Querido, 2018), solicitei que pensasse em dez aspetos significativos da sua vida, para posteriormente os discutirmos.

Identifiquei como fatores inibidores de esperança: desesperança, angústia, pessimismo, baixa auto-estima e ansiedade; e como fatores promotores de esperança: sobrinhos e o lecionar inglês.

Excerto da 2ª Interação (3º Dia de Internamento)

(...)

Enfª: “Como combinado, trouxe uma imagem – castelo – para colocar os aspetos positivos e significativos em que pensou”.

(...)

D.A.R: “Vou colocar a minha família porque me apoiam sempre, a aldeia da Guarda porque adoro ir para lá. Lá sinto-me em paz. E vou colocar também o computador, onde vejo as minhas séries”.

(...)

D.A.R: “Esqueci-me! Aqui na pedra central quero colocar a palavra «alterações climáticas» porque não há nada a fazer para as minimizar e como vão destruir o mundo, também irão destruir as coisas boas da minha vida”.

Enfª: “D.A.R., se reparar, mesmo que a pedra das alterações climáticas caia, as coisas boas vão permanecer, o castelo vai abanar mas não vai ruir por completo”.

D.A.R: “Sim! Mas o castelo é uma estrutura muito forte que dificilmente cai. A minha vida não é assim”.

Enfª: “Trouxe um castelo mas poderia ser outra imagem D.A.R. É apenas uma analogia”.

(...)

Enfª: “Vejo que está inquieta e desconfortável. Quer partilhar o motivo desse desconforto?”

D.A.R: “Não!”.

(...)

Tal atividade tinha como objetivo principal a identificação conjunta dos fatores promotores de esperança (Querido, 2015), valorizando-os e visando redescobrir modos de os potenciar.

Inicialmente, a D.A.R. estava contraída e parecia resignada – olhar fixo e postura tensa. Eu mantive-me em contacto e no mesmo plano visual que a D. A.R., o mais confortável possível, mostrando-lhe deste modo que a considerava importante.

Quando a D. A. R. colocou a palavra «alterações climáticas» numa das pedras do castelo, ocorreu uma contratransferência, e eu senti-me extremamente desconfortável, tremendo interiormente. A D.A.R. evidenciou aí o seu comportamento auto-lesivo e a sua ideação suicida. Era um pensamento de ruína.

Aí soube o que era estar frustrada, imensamente frustrada e senti também uma disputa entre as duas em que eu não queria que o castelo caísse, mas a D.A.R. queria. Posteriormente, no final da interação, quando a vi inquieta, só queria fugir.

O facto de querer fugir revelou que também eu estava inquieta, desconfortável. Contudo, disponibilizei-me, dizendo-lhe que se mais tarde quisesse falar sobre o assunto, poderia procurar-me.

Considero que a ânsia de querer “salvar” a D.A.R. me consumiu e quase me dominou, quebrando ali a relação que se poderia estar a estabelecer.

Nesta interação, os meus sentimentos de frustração e impotência permaneceram e o meu desejo de que a minha intervenção pudesse apresentar resultados mais rápidos e objetivos levaram-me a experimentar algumas dificuldades e medos. Todavia, destaco como ponto positivo a minha tomada de consciência de que os pensamentos e sentimentos que me invadiram, e que habitavam em mim, interferiram nesta interação. Efetivamente, quanto mais consciente eu estiver de mim mesma, mais condições existem para o desenvolvimento de um ambiente de cuidados terapêutico (Rasheed, 2015).

Concluo que, através das informações que a D.A.R. me facultou e dos dados colhidos na presente interação, foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem, através da taxonomia NANDA: Risco de Suicídio; Desesperança; Enfrentamento Ineficaz e Ansiedade.

Excerto da 3ª Interação (8º Dia de Internamento)

(...) Após o pequeno-almoço:

Enfª: “D.A.R. gostaria de ir ao jardim?”

D.A.R: “Sim!” (Dirigiu-se ao quarto para buscar o casaco)

“Levo o castelo para falarmos um pouco sobre outras coisas que escrevi, pode ser?”

Enfa: “Sim”. (Acenei)

(...)

D. A.R: “Adoro ensinar e falar inglês. Por isso, acrescentei a palavra «inglês” aqui no castelo”. (os seus olhos brilhavam). “A minha irmã também é muito importante para mim. Custa-me ela estar longe!”

(...)

D.A.R: “Nos momentos mais difíceis sinto-me muito triste, desmotivada e isolome. Sinto-me inferior! Não consigo fazer nada por exemplo para travar as alterações climáticas”

(...)

Inicialmente, falou-me com entusiasmo da sua profissão e da sua irmã, embora não fossem muito próximas, culpabilizando-se por isso.

A D.A.R. era uma pessoa inteligente, empenhada e com a qual me identifiquei em vários momentos. Reconheço que nesses momentos de identificação ocorreram transferências, falando posteriormente sobre isso com a enfermeira orientadora.

A certo momento, a D.A.R. falou novamente das alterações climáticas, dizendo que se preocupava realmente com esse facto e que isso lhe causava sofrimento. Assim, visando desmistificar algumas crenças da D.A.R (Monteiro, 2014), entreguei-lhe uma folha com o cálculo da pegada ecológica. Através do cálculo, identificámos alguns comportamentos que poderiam ser passíveis de mudança e que lhe trariam alguma esperança no futuro, relativamente ao ambiente.

Após preenchimento da pegada, terminámos a interação. Foi enriquecedor. A ânsia de querer ver a D.A.R. bem, visível na interação anterior, foi inibida pela escuta, uma escuta ativa, questionando. De facto, a D.A.R. não necessitava de alguém que lhe institísse tarefas mas sim de ser ouvida, de alguém que a escutasse.

Enquanto a escutei, fui imaginando a sua experiência e o que partilhava, ou seja, senti-me a realizar algo que não tinha conseguido na primeira interação – colocar-me no mundo afetivo da D.A.R., compreendendo o seu ponto de vista: compreensão empática (Chalifour, 2008).

Enquanto futura EESMP, fiquei cada vez mais curiosa relativamente à história da D. A. R. e satisfeita por ela partilhar comigo, todavia, continuava com receio de não estar capacitada para a ajudar.

Excerto da 4ª Interação

(14º Dia de Internamento)

(...)

Entrei na sala de convívio – estavam várias pessoas sentadas nos cadeirões em redor da televisão – e, mais afastada, encontrava-se a D.A.R. Aproximei-me dela e questionei se me podia sentar ao seu lado, ao que respondeu com um aceno de cabeça.

(...)

D.A.R: “Tenho-me sentido muito triste”.

Enfª: “Não posso imaginar totalmente como se tem sentindo, mas parece-me que tem sido realmente difícil”.

(...)

Enfª: “Disse que estava preocupada com os enfermeiros, quer falar mais sobre isso?” (mostrou-me alguns dos desenhos que tinha feito durante o dia).

(...)

Nesta interação, tínhamos fixado como objetivo dar continuidade aos episódios de vida menos positivos, identificando-se o que poderia ser feito no momento, com vista à melhoria da D.A.R. Tal objetivo é um passo de primordial importância e revela o poder de mudança, caminhando no sentido da recuperação (Teixeira et al., 2018).

No desenrolar da conversa contou-me um pouco dos seus dias anteriores, mostrando-me alguns desenhos. Os desenhos eram reflexo da sua tristeza, referiu. Eu recorri à técnica de auto-revelação, com o intuito de lhe dar a entender a minha realidade sobre o que me dizia, dizendo-lhe: “Também eu sei o que é estar triste, sem esperança”. E pensando bem... questionei interiormente: será que existe alguém que não o saiba?

Progressivamente, contou o sucedido. Deste modo, fui sentindo que a D. A.R. confiava cada vez mais em mim (postura tranquila, agradecimentos, desabafos) e partilhava o seu mundo. Procurei escutá-la, questionando e clarificando sempre que pertinente.

Os desenhos que me mostrou eram distorcidos, inspirados no Quadro «O Grito» de Edvard Munch. De facto, o quadro revela angústia, desespero e ansiedade, algo que a D. A.R. dizia sentir. As cores, por sua vez, eram cores tristes reveladoras dos seus sentimentos. Efetivamente, as cores falam sobre nós,

informando sobre necessidades, desejos e medos (Nunes, 2012). Também o desenho é uma forma de expressão de sentimentos e catarse emocional, integrando-se na arte terapia.

A tristeza da D.A.R. fez-me sentir desconfortável em certos momentos da interação, na medida em que parecia querer desistir da vida. De facto, a morte é um tema que me toca.

Todos nós temos uma história pessoal que nos molda. Mas ... como já me disseram e que retive: “Como posso eu, enquanto profissional, acolher e tolerar o sofrimento do outro, se não for capaz de lidar com o meu sofrimento?” É neste sentido que fui falando sobre o que me incomodava, explorando várias hipóteses para continuar a construir o meu processo de autoconhecimento. Já afirmava Rogers que a capacidade para estabelecer relações que facilitem o crescimento no outro pode ser medida pelo desenvolvimento que o próprio profissional atingiu. Deste modo, continuei caminhando, passo a passo, no meu desenvolvimento enquanto futura EESMP.

No final desta interação agradei à D.A.R. por ter partilhado os seus desenhos e o que sentia comigo e a mesma agradeceu, dizendo que se sentia muito melhor naquele momento.

Assim, e tendo em conta também a interação anterior, o EESMP pode ser apenas o que se propõe a escutar a pessoa, compreendendo-a, não sendo necessário para tal salvá-la mas sim estimular/“acordar” os seus recursos, capacitando-a. E quanto mais me conseguir capacitar a mim, mais frutos colherei.

6ª Interação (25º Dia de Internamento)

Passaram três dias e, como era costume, a D.A.R. encontrava-se no corredor a contemplar o exterior. Aproximei-me e cumprimentámo-nos.

Ansiosa e reticente disse-me que tinha estado a falar com o seu médico e com a sua psicóloga e que em princípio teria alta durante a semana. Verbalizou: “Não estou preparada!”. Questionei se tinha um plano e objetivos para a alta e a D. A.R. respondeu que sim, sendo o principal falar com os recursos humanos da escola onde lecionava inglês, pois pretendia voltar. No entanto, achava que por vezes precisava da nossa ajuda e que ao ir para casa não a teria. Acalmei-a, dizendo-lhe que no momento da alta levaria um cartão com o nosso número de telefone, e que estávamos disponíveis para a escutar. Para além disso, disse-lhe

que iria continuar a ser seguida na clínica. Referiu que não sabia disso e disse-me que essas informações a estavam a deixar mais tranquila.

Posteriormente, repetiu novamente que às vezes fica ansiosa e não sabia o que fazer. Disse-lhe: “D.A.R. a ansiedade é algo comum em todos nós. De facto, passa a ser algo doentio quando nos causa sofrimento”. Consentiu.

No desenrolar da interação informo também sobre algumas atividades que esta podia realizar após a alta, tais como caminhadas, grupos de apoio, etc. A D. A.R. agradeceu. Não deixei de questionar: como será que irá correr? Lembrar-se-á de recorrer ao castelo nos momentos mais difíceis? Não se afundará novamente na desesperança?

Despedi-me da D.A.R, devolvendo-lhe a minha perspetiva de que esperava que tudo corresse bem, acreditando nas suas capacidades e emprestando-lhe esperança (Monteiro, 2014). Foi um misto de sensações, levando à reflexão sobre a relação. Por um lado senti-me feliz pela D.A.R. recomeçar a sua vida, com novos objetivos e mais ferramentas para os momentos difíceis. Por outro lado, senti-me receosa de que não soubesse lidar com tais ferramentas. No entanto, Chalifour (2008) diz-nos que o importante é o cliente e o enfermeiro reconhecerem o que viveram e partilharam e, efetivamente, o que se partilhou deu sentido ao presente.

Senti-me grata por ter intervindo com alguém tão diferente e pelas aprendizagens que através destes contactos adquiri, sentindo-me agradecida por ter acompanhado a D.A.R. neste percurso.

Ao longo do seu internamento e no meu estágio, ressalto que a D.A.R. apresentou uma evolução significativa. A frase “Não quero estar neste mundo” deu lugar ao “quero regressar ao trabalho” e foi construído um caminho, passível de dificuldades mas também de sucessos, definindo-se objetivos reais com a pessoa.

3.2.2. Atividades em Grupo

Segundo Ribeiro, Marin & Silva (2014), as atividades em grupo têm sido amplamente utilizadas em SM, na medida em que se constituem como estratégias eficazes no cuidado à pessoa/família(s) com experiência de doença mental.

Neste sentido, em contexto de internamento, foram realizadas três atividades em grupo.

A utilização de estratégias grupais promove a interação e tem a capacidade de recriar ambientes familiares e sociais, o que permite o desenvolvimento de habilidades cognitivas, comunicacionais e relacionais, instrumentando a

pessoa/família(s) para a reinserção social (Spadini & Souza, 2006; Andrade & Costa-Rosa, 2014).

A reinserção social é um objetivo a atingir após a alta e pensando nisso, elaborei um programa terapêutico denominado “Esperar Esperança”, o qual agrega duas das sessões realizadas com o grupo.

A esperança apresenta um papel central na vida humana e tem um efeito benéfico para a saúde das pessoas, constituindo-se também como um dos aspetos centrais no cuidado de enfermagem, ao contribuir para a capacitação das pessoas para lidar com situações de crise (Marques, 2014).

Em crise, segundo a OE (2012, p. 44), “os clientes experienciam o processo de doença e recuperação com a esperança diminuída, pelo que devem ser incentivados a criar os seus próprios «kits de esperança», tendo ao seu alcance um recurso significativo e disponível que permite fortalecer a esperança diminuída e moderar ou atenuar o sofrimento e a vontade de morrer”.

O programa constitui-se de um conjunto de intervenções específicas dirigidas à esperança (foco) da pessoa/família(s) com experiência de doença mental, organizadas de forma a serem aplicadas pelo EESMP, com o objetivo geral de promover a esperança e a qualidade de vida.

As intervenções psicoterapêuticas integradas no programa “Esperar Esperança” visam a promoção da esperança, o auxílio da pessoa através da exploração de acontecimentos positivos, e a identificação de recursos e forma de encontrar razões que possam dar sentido à sua vida (Sequeira, 2016).

Como grupo-alvo, foram selecionados utentes com o diagnóstico de enfermagem de desesperança, segundo a NANDA - “estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias em benefício próprio” (2018, p. 510), manifestado por alteração no padrão de sono, apetite reduzido, contato visual insuficiente, iniciativa diminuída e verbalização diminuída. Neste sentido, o resultado esperado foi a esperança, tendo como indicadores de resultado: expressão de expectativa de um futuro positivo; expressão de desejo e razões de viver, expressão de otimismo e estabelecimento de metas.

Na primeira sessão com o grupo, explorou-se o conceito de esperança e identificaram-se fatores promotores e inibidores de esperança, valorizando-se os primeiros. Para tal, recorreu-se ao quebra-gelo «Jogo do Novelo», o qual promoveu a interligação e coesão dos membros.

Após identificar tais fatores, através das considerações que cada um dos membros do grupo facultou, foi possível identificar a esperança generalizada e particularizada dos elementos do grupo (Dufault & Martocchio, 1985). Alguns referiram que a sua esperança estava relacionada com Deus ou com os filhos (esperança particularizada) e outros referiram que a sua esperança se relacionava com um futuro bom (esperança generalizada). De facto, a esperança é um determinante de SM (Querido & Dixe, 2016) mas cada pessoa a mobiliza de acordo com as suas crenças e valores, particularizando ou não, e tal facto evidenciou-se ao longo da dinâmica.

Após esta dinâmica, dei espaço às famílias para partilharem as suas experiências e preocupações e eu, sempre que possível, associei tais preocupações com a temática da esperança, promovendo-a. Do que foi discutido, a dimensão da esperança que mais se destacou foi a afiliativa/relacional, o que sustenta a pertinência de explorar essencialmente as dimensões afetiva (emoções, sentimentos), cognitiva (processo intelectual para definição de objetivos) e comportamental (motivação para ação), sendo que a temporal e a contextual já se encontram indiretamente presentes.

Ao relatarem as suas experiências de vida (boas e menos boas), a maioria dos membros falou em pessoas: nos filhos, cônjuge, Deus, o que se associa à dimensão afiliativa da esperança - é a relação que estabelecem com alguém. Falaram também do que sentiam, exteriorizando emoções (dimensão afetiva), nos objetivos que definiam para combater as dificuldades (dimensão cognitiva) e na motivação que tinham para os atingir (dimensão comportamental).

Assim, a dimensão comportamental foi aquela que mais se trabalhou na segunda sessão, dada também a limitação de tempo. Primeiramente, recorreu-se ao movimento corporal, à dança e à música como promotores de bem-estar e mediadores da expressão emocional e, por fim, cada um dos membros criou o seu “kit de esperança”.

Participaram na primeira atividade seis pessoas e na segunda quatro pessoas. Ambas as atividades foram organizadas em três momentos: aquecimento, ação e finalização.

Os objetivos delineados para as atividades foram promover o bem-estar, proporcionar um espaço de expressão emocional, promover a coesão do grupo e as interações interpessoais entre os participantes, descobrir os fatores que promovem a esperança de cada um, construindo um “kit de esperança”.

Da avaliação final, realizada pelas pessoas, é de enfatizar a verbalização de sentimentos de esperança e positivismo.

Em suma, a experiência adquirida ao dinamizar estas atividades, foi importante pois permitiu-me construir e implementar uma intervenção, respondendo às necessidades de um grupo e dando visibilidade ao meu projeto. Por outro lado, possibilitou-me ainda a experiência de ser facilitadora de um grupo, mobilizando técnicas de cariz psicoterapêutico.

Ao terminar a realização das atividades, tive a sensação que tudo passou muito rápido. Contudo, foi muito gratificante dinamizá-las e ouvir a avaliação, observando as modificações operadas nas pessoas.

No que se refere à terceira atividade realizada em grupo, destaco que foi também uma mais-valia. Resumidamente, consistiu na vinda à clínica de um grupo de pessoas com experiência de doença mental, agregados num projeto denominado «Vozes de Esperança», o qual se descreve seguidamente.

3.2.2.1. Grupo «Vozes de Esperança»

«Vozes de Esperança» é um projeto que se iniciou com cerca de dez pessoas/família(s) com experiência de doença mental, as quais realizam apresentações públicas dirigidas a diferentes públicos-alvo, acerca da experiência de viver/lidar com um problema de SM.

Efetivamente, a troca de experiências oferece uma oportunidade de aprender através das vivências de outras pessoas (Marques, 2018), podendo esta troca realizar-se em torno de uma conversa formal ou informal.

Sejam questões pessoais, emocionais ou outras, é sempre possível ajudar e ser ajudado. De facto, alguma vez parámos para pensar o quanto podemos contribuir para os outros ao partilharmos as nossas vivências? Foi neste sentido que surgiu a pertinência de trazer ao campo de estágio este grupo, divulgando assim a existência de tais projetos e recursos na comunidade, que sem divulgação muitas vezes, permanecem desconhecidos.

A apresentação detalhada encontra-se no Apêndice IV.

3.3. Contributos do Estágio para o Desenvolvimento das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Atendendo ao quadro que identifica as atividades realizadas em contexto de estágio, associando-as ao desenvolvimento das competências específicas do EESMP (Apêndice V), pode-se constatar o quão frutífero foi o percurso percorrido.

Relativamente à primeira competência, segundo a OE (2018), a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento é central em ESMP, visto que interfere com a capacidade para estabelecer uma relação de ajuda, condicionando os resultados esperados. Neste sentido, adotei uma atitude crítica e reflexiva, e através das experiências vivenciadas, ampliei o meu autoconhecimento.

Fiz algumas formações, recorri a diários de aprendizagem (Ciclo de Gibbs), notas de campo, reuniões de supervisão e tomei consciência das minhas dificuldades e da minha forma de estar em relação. Assim, fui ao encontro da primeira competência: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21428).

Neste âmbito, recordo um excerto de uma interação em que a pessoa verbalizou que sabia que eu estava ali para a ajudar mas que precisava de falar sobre a sua filha, questionando se o poderia fazer. Eu respondi imediatamente: “Claro que sim. Sem problema.” Refletindo sobre o sucedido considero que fui impulsiva na resposta, admitindo que queria muito satisfazer o pedido da D. C. o que revela, de certo modo, uma das minhas dificuldades - dizer «não», dificuldade esta que fui combatendo no estágio.

A segunda competência - “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018 p. 21429) - foi desenvolvida através da colheita de dados e avaliação das necessidades de saúde individuais e grupais.

No seguimento do referido anteriormente, recorri a entrevistas e à observação, identificando as alianças, as resistências e a evolução do comportamento da pessoa/família(s) com experiência de doença mental, refletindo.

Considero que a experiência de realizar atividades em grupo foi muito importante no desenvolvimento desta competência, uma vez que me proporcionou

uma avaliação direcionada e cuidada das necessidades dos grupos em particular, mobilizando competências de colheita de informação e apreciação clínica.

A terceira competência - “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p. 21428) -, foi transversal a todo o estágio, todavia, destaco o estudo de caso desenvolvido em contexto de internamento. Utilizei o processo de enfermagem, avaliação do estado mental, estabelecimento de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções interdependentes e autónomas, com utilização de linguagem classificada (CIPE, NANDA, NIC e indicadores NOC).

Por fim, a quarta competência - “Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018 p. 21429) - relaciona-se com a implementação de intervenções que ajudem a pessoa a alcançar um estado de SM próximo do que deseja, mobilizando cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

O desenvolvimento desta competência foi ocorrendo à medida que fui implementando intervenções de enfermagem. Ao promover a esperança, estabelecendo relações de ajuda, desenvolvi intervenções psicoterapêuticas e aqui as atividades em grupos foram também uma mais-valia.

Neste processo de aprendizagem e aquisição de competências, o desenvolvimento do autoconhecimento foi algo que me inquietou bastante e ao qual me dediquei de forma mais vincada, o que permitiu crescer e estar posteriormente mais disponível para as restantes competências.

3.4. Processo Reflexivo

O início do estágio foi uma etapa que desencadeou em mim múltiplos sentimentos. Apresentava-me ansiosa, questionando se conseguiria dar resposta aos objetivos delineados na medida em que a área de ESMP era algo completamente novo para mim e que me causava algum receio, contudo, estava convicta de que o estágio se iria constituir uma experiência bastante gratificante.

Nas primeiras semanas a expectativa era muito elevada: planeava realizar várias intervenções de âmbito psicoterapêutico, contudo, dada a limitação temporal e contingências dos contextos, constatei que tal não seria possível, pelo menos

tanto quanto queria, o que me deixou frustrada. Esta frustração incitou-me à reflexão, permitindo-me começar a ampliar o autoconhecimento, o qual é impossível de adquirir sem um processo reflexivo acerca das experiências vivenciadas, apreciando aspetos positivos e negativos bem como as aprendizagens daí resultantes (Rasheed, 2015). Destaco que refletir sobre as experiências foi começar também a refletir sobre mim mesma, algo a que me recusei inicialmente.

A aceitação da importância de refletir sobre mim iniciou-se com a seguinte questão: Quem sou eu? Uma pergunta que me inquietou numa das avaliações sumativas. É curioso como não soube responder! Quer dizer, eu sabia responder, mas não quis. Sobretudo tive medo de responder. Porquê? Porque pensava pouco em mim, em quem era. De facto, andava tão focada em agradar aos outros que me esquecia de mim, da minha verdadeira essência, de quem era.

Se sou honesta? Sim. Se sou corajosa? Sim. Se tenho discernimento e paciência? Sim. Se estou totalmente aberta/disponível na relação? Sim, mas... ao pensar sobre mim, consciencializei-me de temas que me tocavam e aos quais fugia. Deste modo, fui trabalhando tais temáticas na medida em que ao explorá-las poderia entregar-me mais, o que seria benéfico tanto para mim como para a pessoa.

Este processo de autoconhecimento iniciou-se no estágio e sendo um processo contínuo e gradual, requereu inevitavelmente as atitudes referenciadas acima: honestidade, coragem, abertura, discernimento e paciência (Cesar, 2018).

A meu ver, ser frágil e vulnerável, pode ser de facto muito complicado, especialmente quando se está inserido numa sociedade que sobrevaloriza o ser-se poderoso, forte e inatacável (Silva, 2009) e é neste sentido que penso que tenho que continuar a batalhar. Não tenho que ter medo de mostrar quem sou.

Na relação de ajuda não tinha dúvidas que queria estar totalmente presente, todavia, havia alguns momentos em que convinha ser apenas a enfermeira/aluna porque assim esquecia-me de problemas pessoais, os quais revia em determinadas pessoas/família(s). Sei que é comum que este mecanismo de identificação aconteça em algumas relações de ajuda e, segundo a maioria dos autores, o que por vezes sucede em tais situações é o evitamento e/ou fuga (Silva, 2009).

Segundo Phaneuf (2005, p.229), a fuga e o evitamento consistem num mecanismo através do qual a pessoa procura esquivar-se a circunstâncias ansiogénicas ou geradoras de emoções intensas. Será que o fiz? Sim, admito.

Inicialmente, não queria de todo experienciar certas emoções, no entanto, gradualmente fi-lo, o que resultou em aprendizagens enriquecedoras.

A meu ver, tenho-me vindo a transformar com as aprendizagens e experiências vivenciadas. Contudo, preciso de estar mais atenta a quem sou, aos recursos que tenho. Efetivamente, se na relação terapêutica eu não souber quem sou, como vou ser autêntica? Para além disso, corro o risco de deixar que me definam com base no caminho que escolho e de permitir que as pessoas que estão comigo decidam onde vou e também me definam em função de quem me acompanha (Bucay, 2011).

Segundo Bucay (2011), psicólogo, a humanidade é acompanhada por três perguntas que são imprescindíveis: Quem sou? Aonde vou? Com quem? Tais perguntas/desafios, segundo o autor, devem ser respondidos por esta ordem. Ao realizar a analogia com o estágio acho que comecei a tentar responder a tais questões desordenadamente.

Rogers (2009, p.40) refere que “(...) sou mais eficaz quando me posso ouvir a mim mesmo aceitando-me, e quando posso ser eu mesmo”. Assim, ambiciono tornar-me capaz de me ouvir mais, de modo a saber melhor o que estou a sentir em determinados momentos. No fundo, quero “(...) deixar ser o que sou” (Rogers, 2009, p. 40).

Lembro-me de uma aprendizagem significativa, resultante de uma interação em estágio: a pessoa apresentava-se com um humor deprimido e choro fácil, verbalizando inúmeras vezes que se sentia triste. Naquela altura o que ela sentia parecia contagiar-me. Após refletir, consciencializei-me de que o facto de me sentir angustiada era porque também estava triste. Primeiro não o compreendi, mas gerindo a bibliografia conclui que quanto maior a identificação do enfermeiro com a situação da pessoa, mais serão os sentimentos de cumplicidade ou rejeição (Cunha, 2002).

É um facto que a nossa história pessoal nos molda e eu não sou exceção, contudo, nem sempre me posso agarrar a ela. Ainda assim, às vezes agarro-me muito ao passado e esqueço-me do presente, da história que estou a criar no momento. Todos temos histórias passadas, algumas mais dolorosas que outras, causadoras de tristeza, frustração, mas que não nos devem consumir. Ao longo da vida, todos nós temos que escolher: devemos ficar para trás agarrados ao que já sabemos ou dar um passo em frente na direção de algo novo? Eu quis dar um passo em frente, e por isso segui confiante no meu percurso.

À medida que as semanas se foram sucedendo durante o estágio, os receios foram-se suavizando e fui estando mais disponível para apreciar os aspetos positivos da experiência e usufruir de forma completa as oportunidades de aprendizagem que me foram surgindo.

Tal como afirma Peplau (1988), a pessoa que cada enfermeiro é faz uma diferença substancial no que cada utente aprende ao ser cuidado. Também Rogers. (2010, p.82) afirma que “(...) a relação de ajuda ótima é o tipo de relação criada por uma pessoa psicologicamente madura, ou seja, a minha capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como uma pessoa independente mede-se pelo desenvolvimento que eu próprio atingi.

Durante o estágio desenvolvi-me, através das experiências pessoais vivenciadas. Embora algumas destas experiências não estejam diretamente associadas à prestação de cuidados, constituem uma parte essencial desta caminhada pelas aprendizagens e pelo crescimento pessoal e profissional que me proporcionaram. Este foi um processo de aprendizagem moroso e exigente, que requereu a par da pesquisa bibliográfica, reflexões conjuntas e regulares com os orientadores.

Dar oportunidade para estar presente no “aqui e agora” e pensar-me na relação, possibilitou-me caminhar um pouco mais em direção à descoberta do eu. O estágio realizado foi fundamental porque me permitiu refletir não só enquanto enfermeira mas também enquanto pessoa. Esta autorreflexão, sempre conjunta e permanente com os orientadores clínicos e pedagógicos, ajudou-me a aumentar o conhecimento acerca de mim, enquanto pessoa e profissional como preconizado nas competências específicas do EESMP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o presente relatório, muito me apraz relatar sobre a sua elaboração, uma vez que o trabalho descrito em cada parágrafo foi intenso e fundamental no meu processo de aprendizagem.

Refletindo sobre o presente trabalho, considero pertinente evidenciar as considerações éticas presentes ao longo deste percurso. Destaco que foi adquirido o consentimento informado de todos as pessoas/família(s) de quem cuidei e mantido o sigilo – Artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE). Tendo presente a importância de assegurar e assumindo o dever de “(...) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família (...)” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 117), no presente relatório, integrei somente determinados elementos dos trabalhos realizados, não interferindo com o dever descrito anteriormente.

Atualmente, ao aproximar-me do final deste processo, habitam em mim as seguintes palavras: descoberta e satisfação. Descoberta na medida em que tudo o que efetivei era totalmente desconhecido para mim e satisfação porque me encontrei enquanto profissional de enfermagem, sentindo-me enriquecida pelas relações de ajuda que estabeleci com a pessoa/família(s). Efetivamente, segundo Phaneuf (2005, p.187), “o estabelecimento de uma comunicação sincera e profunda com uma pessoa doente em sofrimento (...) traz um sentimento de apaziguamento e de satisfação do trabalho bem realizado”.

Partilhar experiências, integrar novos conhecimentos, desenvolver competências e observar realidades, intervindo na área da esperança, permitiu-me crescer, adquirindo competências. Destaco que a primeira competência foi a que mais desenvolvi e explorei, possibilitando-me crescer positivamente sobretudo a nível do autoconhecimento.

O estágio proporcionou-me o confronto com as minhas fragilidades, resistências, medos e feridas, possibilitando-me identificando sentimentos, emoções, comportamentos e fenómenos de transferência e contratransferência.

Reconheço que houve momentos de incerteza, momentos de medo e de impotência. Contudo, posso afirmar que esses momentos ocorreram em minoria e que os objetivos delineados inicialmente foram cumpridos. Para tal, reitero a importância de ter integrado equipas multidisciplinares empenhadas em contribuir para a SM dos diferentes públicos-alvo, envolvendo-me nos cuidados prestados e aceitando a minha temática.

Foram vários meses a escrever sobre a importância da promoção da esperança em ESMP, e hoje confirmo o seu valor terapêutico. Nos momentos em que intervi, considero que a tornei mais visível e, enquanto futura EESMP, espero conseguir continuar a torna-la mais visível pelos contextos em que passar bem como no meu contexto profissional.

Quer na comunidade quer no internamento, a promoção da esperança foi alicerçada na relação de ajuda. Os resultados obtidos apontam para a importância da incorporação da esperança nas intervenções de SM. De facto, sendo a esperança um determinante de SM, ela previne a doença mental e pode, quando trabalhada, constituir-se como um mecanismo de *coping*. Assim, considero importante continuar a dar enfoque e a usar esta poderosa ferramenta terapêutica.

É fundamental considerar a qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e a pessoa/família(s) com experiência de doença mental; facilitar as relações sociais e fortalecer as redes de apoio na medida em que estas se constituem, muitas vezes, como fontes de esperança; ajudar no fortalecimento dos atributos pessoais como a autoestima e autoeficácia (fatores promotores de esperança) através do *empowerment*, por exemplo; ajudar a pessoa/família(s) a estabelecer e a formular objetivos realistas; desenhar intervenções específicas de esperança, incorporando espiritualidade e bem-estar.

Relativamente a estudos futuros, considero importante explorar a dimensão comportamental da esperança que tem que ver com a motivação da pessoa/família(s) para atingirem os objetivos/planos futuros. Ao longo deste percurso, concluí que a pessoa/família(s) possuem, apesar das debilidades, recursos, objetivos, contudo, falta intervir na motivação para os atingirem.

Reforço ainda a importância da articulação da comunidade com o internamento, bem como o reconhecimento da família como um parceiro de cuidados relevante.

Termino com a esperança de ter conseguido espelhar aquele que foi o meu percurso de aprendizagem ao longo deste estágio.

Consciente do papel profissional que desempenho, as competências desenvolvidas constituíram um alicerce importante no reconhecimento da esperança nas relações que estabeleci.

Ter esperança é fundamental, daí que seja tão importante que os EESMP possuam conhecimentos e competências para a mobilização do conceito na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders – DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing;
- Andrade, M. & Costa-Rosa, A. (2014). O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. *Revista Interinstitucional de Psicologia*. 7 (1), 27-41;
- Bai, K., Kohli, S. & Malik, A. (2017). Self-Efficacy and Hope as predictors of Mental Health. *Indian Journal of Positive Psychology*. 8, 631-635;
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215;
- Barker P. (2001). The Tidal Model: the lived-experience in person-centered in mental health nursing care. *Nursing Philosophy*. 2(3), 213-223;
- Barker, P. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal Of Mental Health Nursing*. 12(2),96-102;
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). The Tidal Model a Guide for Mental Health Professionals. London and New York: Routledge. ISBN 1-58391-800-0;
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues In Mental Health Nursing*. London. 31(3), 171-180;
- Belo, R. (2008). Espiritualidade: dialógica e experimental: a perspectiva da psicologia fenomenológica existencial diante da espiritualidade humana. Maceió: EDUFAL;
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. (A.A. Queirós, Trad.) Coimbra: Quarteto Editora;
- Bucay, J. (2011). As 3 Perguntas: Quem Sou? Para Onde Vou? Com Quem Vou? Lisboa: Pergaminho. ISBN: 9789727119080;

- Buchanan-Barker, P. & Barker, P. (2008) - The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*.15(2), 93-100;
- Bulechek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. (2010) – Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Elsevier Editora. ISBN: 9788535234428;
- Campos, P. & Soares, C. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em Saúde Mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 11(18);
- Carvalho, A. (2015). Depressão e Outras Perturbações Mentais Comuns: Enquadramento Global e Nacional de Referência de Recurso em Casos Emergentes. Lisboa: Direção Geral de Saúde;
- Castro, L. & Ricardo, M. (2003). Gerir o trabalho de projecto: guia para a flexibilização e revisão curriculares. Lisboa: Texto Editora;
- Cavaco, V. et al. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista Referência de Enfermagem*. Série II, Nº 12, 93 -103;
- Cesar B. (2018). Quando o autoconhecimento nos liberta dos padrões destrutivos de relacionamentos. O Portal de Autoconhecimento e Espiritualidade. Acedido em 16/10/2018. Disponível em: <https://www.somostodosum.com.br/artigos/autoajuda/quando-o-autoconhecimento-nos-liberta-dos-padroes-destrutivos-de-relacionamentos-09483.html>;
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica Volume 2: Estratégias de Intervenção. Loures: Lusodidacta;
- Charepe, M. (2011). O Impacto dos Grupos de ajuda Mútua no Desenvolvimento da Esperança dos pais de Criança com Doença Crónica: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 11/03/2019. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7328>;
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE);

- Coşçun, E. & Altun, Ö. (2018). The Relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Archives of Psychiatric Nursing* 32, 98–102;
- Cunha, M. (2002). O Setting Fonoaudiológico: A que será (e não será) que se destina? *Distúrbios da Comunicação*, 13, 323-333;
- Cutcliffe, J. & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), 885–893;
- Cutcliffe, J. (2009). Hope: the eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 843–847;
- Deering, K. & Williams, J. (2018). What activities might facilitate personal recovery for adults who continue to self-harm? A Metasynthesis employing the connectedness/ -Hope and Optimism/ Identity/ Meaning/ Empowerment Framework. *Jornal Internacional de Enfermagem em Saúde Mental* 27, 483-497;
- Diário de Notícias (2014). Pais de deficientes mentais adultos lançam alerta. Acedido em 12/12/2018. Disponível em: <https://www.dn.pt/portugal/interior/pais-de-deficientes-mentais-adultos-lancam-alerta-3798686.html>;
- Direção-Geral de Saúde (2014). Portugal saúde mental em números: 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: DGS. Acedido em 20/10/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretoriode-informacao/por-serie-357869-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8d22502108547>;
- Direção Geral de Saúde (2015). Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns. Lisboa;
- Dufault, K. & Martocchio, B. (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*. 20(2), 379-391;
- Fazenda, I. (2008). O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania. Lisboa: Climepsi Editores;
- Felícia, F. (2016). Intervenção à Família da Pessoa Adulta com Doença Mental Grave. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em 23/02/2019. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18154/1/RELATORIO%20-%20versão%20para%20entrega%20final%20formatado.pdf>;

- Gallagher, M. & Lopez, S. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 548–556. DOI: 10.1080/17439760903157166;
- Gaspar, E. (2011). Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário. Sintra. Acedido em 15/06/2018. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8894/1/Elsa%20Maria%20Martins%20Gaspar.pdf>;
- Grandizoli, M. et al. (2017). Indicadores de Esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. *Arquivo de Ciências da Saúde*. 24(3), 65-70;
- Heimann, Paula. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho Analysis*, 31, 81-84.
- Herth, K (2005). State of the Science of Hope in Nursing Practice: Hope, the nurse, and the patient. In: Elliot, Jaklin (Ed) *Interdisciplinary Perspectives on Hope* New York: Nova Publishers, 169-211;
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 10, 86–92;
- Jesus, S. (2016). “O bem-estar subjetivo, a Esperança, o Otimismo e a Resiliência em Famílias com Filhos NEE”. Universidade do Algarve – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em 20/03/2019. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8668/1/Dissertação%20Finalíssima2.pdf>;
- Lazure, H. (1994). Viver a Relação de Ajuda. Abordagem Técnica e Prática de um Critério de Competência da Enfermeira. Lisboa. Lusodidata;
- Leamy, M., et al. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083733;

- Loo, J. et al. (2014). Gratitude, hope, mindfulness and personal-growth initiative: buffers or risk factors for problem gambling? *PloS One*, 9(2), e83889. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0083889>;
- Lopez, S., Snyder, C. & Pedrotti, J. (2003). Hope: Many definitions, many measures. In S. J. Lopez, & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 91-106). Washington, DC US: American Psychological Association;
- Luo, X. et al. (2016). Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. *BMC Psychiatry* 16: 252, 1-7;
- Magão, M. & Leal, I. (2001). A Esperança nos Pais de Crianças com Cancro. Uma Análise Fenomenológica Interpretativa da Relação com Profissionais de Saúde. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. 2(1), 3-22;
- Marques, R., Querido, A. & Dixe, M. (2011). Exercitar a Esperança. Um Guia Prático Promotor de Esperança nos Cuidadores de Pessoas com Doença Crónica e Avançada. Exinov Editora;
- Marques, J. (2018). A troca de experiências na sua vida pessoal e profissional é muito importante. Acedido em 12/1/2019. Disponível em: <https://www.jrmcoaching.com.br/blog/troca-de-experiencias-vida-pessoal-profissional-muito-importante>;
- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista Informar*. Ano XII, Nº36;
- Monteiro, A. P. (2013). Da Desesperança à Esperança: um pequeno texto. Acedido em 25/04/2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258245931_Da_desesperanca_a_esperanca_-_um_pequeno_texto_partilhado;
- Monteiro, A.P. (2014). Da Desesperança à Esperança – Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental. *SAÚDE & CIÊNCIA*. 31-36;
- Monteiro, L. & Júnior, J. (2017). A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde- doença em psicologia da saúde. *Ciências Biológicas e da Saúde UNIT – ALAGOAS*. 4(2), 15-30;

- Moorhead, S. et al. (2010). Nursing Outcomes Classification (NOC). Classificação dos Resultados de Enfermagem. 4ª edição;
- Murakami, R. & Campos C. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-7. DOI: 10.1590/S0034-71672012000200024;
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) – Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificações. 2018-2020. 10ª Ed. Artmed;
- Nunes, L; Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005) Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (456p.);
- Nunes, A. (2012). Informação através da cor: construção simbólica psicodinâmica na concepção do produto. *Moda Palavra E-periódico*. 63 – 72. ISSN 1982-615x;
- Oliveira, S. et al. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(1) ISSN 0034-7167;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Acedido em 20/12/2018 Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer N.º 01/ 2017:Competências do Enfermeiro Especialista do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde de Mental e Psiquiátrica na realização de exame do estado mental. Acedido em 21/01/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf;

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série, N.º 151, de 7 de agosto de 2018 21427-21430;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento N.º 140/2019 - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750;
- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção Nova Esperança. Geneva;
- Organização Mundial de Saúde (2005). Promoting mental health: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization;
- Organização Mundial de Saúde (2013). Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization;
- Organização Mundial de Saúde (2017). Organização Mundial de Saúde (2013) *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Acedido em 20/02/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500c-EMAIL_CAMPAIGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c-260570285;
- Peplau, H. (1988). Interpersonal Relations in Nursing. New York: PALGRAVE MACMILLANE;
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*.18(2),61-63;
- Pereira, K. & Chaves, W. (2016). Freud e a Religião:a ilusão que conta uma verdade histórica. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, 48.1, 112-127;
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8383-84-3;

- Pinto, S; Caldeira, S. & Martins, J. (2012). A esperança da pessoa com cancro - Estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*. N.º7(III Série), 23-31;
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISSN: 2184-1217;
- Querido, A. (2015). A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Leiria. Relatório de Estágio. Acedido em: 20/05/2018. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1709/1/Ana%20Querido%202015%20-%20A%20Esperan%C3%A7a%20na%20Pr%C3%A1tica%20Especializada%20e%20ESMP.pdf>;
- Querido, A. & Dixe, M. (2016). A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Abril). 95-101;
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Outubro). 6-8;
- Rasheed S. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*. 8, 211-216;
- Reis, A. (2015). Enfermeiros em Contextos de Multiculturalidade: dos Discursos à Prática Clínica em CSP. Acedido em 15/07/2018. Disponível em: http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1980/1/Revista%20UIIPS_2015_3%20%285%29_Pags.58-74.pdf;
- Reis, L. et al. (2016). Determinantes da sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores idosos. *Revista de Enfermagem Contemporânea*. 5(1), 59-67. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v5i1.888;
- Ribeiro, L.; Marin, L. & Silva, M (2014). Atividades grupais em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem* Vol. 28 Nº3 ISSN 0102-5430;
- Risipail, D. (2003). Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar: Uma Abordagem do Desenvolvimento Pessoal em Cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-42-8;

- Ritter, A. (2011). Aprender a ter esperança: construção, implementação e avaliação de um programa para o 4º ano do 1º ciclo de escolaridade. Tese de mestrado Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa;
- Rogers, C. (1974). A Terapia Centrada no Paciente. Lisboa: Moraes Editores;
- Rogers, C. (2009). Tornar-se Pessoa. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes;
- Rogers C. (2010). Tornar-se Pessoa. Lisboa: Padrões Culturais Editora;
- Rumpold, T. et. al (2016). Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients. Wiley. p. 672-678. DOI: 10.1002/pon.4205;
- Saelor, K. et al. (2014). Hope and Recovery: A Scoping Review. *Advances In Dual Diagnosis*.7(2),63-71;
- Santos, J. et al. (2012). Guia Orientar de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. Cadernos OE. 1(4.), 15-106. ISBN – 978-989-8444-18;
- Schrank, B. et al. (2011). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine* 74, 554-564;
- Seligman, M. et al. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421;
- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Coimbra: Quarteto editora;
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Porto: Lidel;
- Sequeira, C. (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-168-3;
- Silva, L. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. Acedido em 15/11/2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870350X2009000100007&script=sci_arttext>;

- Snyder, C. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249;
- Sousa, M. & Rodrigues, M. (2008). Sobre a Esperança no Cuidar em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. 76, 20-22;
- Spadini L. & Souza M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 10(1): 132-138;
- Sun, H. et al. (2014). Different effects of rumination on depression: key role of hope *International Journal of Mental Health Systems* 2014, 8:53. DOI:10.1186/1752-4458-8-53;
- Teixeira L. et al. (2018). Teoria da Maré: análise pautada na perspectiva de Meleis. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(2), 488-494. ISSN 1984-0446;
- Teles, M.; Bonfim, J. & Queiroz, A. (2016). O trabalho com grupos de família com CAPS. Reflexões a partir da experiência de estágio. (24). ISSN 23189363;
- Townsend, M.C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. 6ª edição. Lusociência. Loures;
- Unterrainer, H., Lewis, A. & Fink, A. (2014). Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 382–392. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-012-9642-5>;
- Venning, A. et al. (2011). Is Hope or Mental Illness a Stronger Predictor of Mental Health? *International Journal of Mental Health Promotion*. 13 ISSUE 2. 32-39;
- Vieira, M. (2008). Ser enfermeiro, Da compaixão à Proficiência. Lisboa: UCP Editora Unipessoal, Lda, 155p. ISBN 978-972-54-0195-8;
- Ward, D. & Wampler, K. (2010). Moving up the continuum of hope: developing a theory of hope and understanding its influence in couples therapy. *Journal of Marital & Family Therapy*, 36(2), 212-28;
- Weingarten, K. (2010). Reasonable Hope: Construct, Clinical Applications, and Supports. *Family Process*, 49(1), 5-25;

- Wilson, D. et al. (2010). A hope intervention compared to friendly visitors as a technique to reduce depression among older nursing home residents. *Nursing Research and Practice*, 22, 1-6.

APÊNDICE I

REVISÃO *SCOPING*: “A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de Doença Mental e Família(s)”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

REVISÃO SCOPING

**“A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NA PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE
DOENÇA MENTAL E FAMÍLIA(S)”**

Ana Filipa da Silva Santos Nº 8356

JULHO

2018



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

REVISÃO *SCOPING*

**“A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NA PESSOA COM EXPERIÊNCIA DE
DOENÇA MENTAL E FAMÍLIA(S)”**

Ana Filipa da Silva Santos Nº 8356

DOCENTE

Prof. Doutora Ana Cristina Melo

JULHO

2018

SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO.....	4
1. REVISÃO <i>SCOPING</i>	5
1.1. Título.....	5
1.2. Objetivos.....	5
1.3. Questão.....	5
1.3.1. Pergunta de Revisão Detalhada (PCC).....	5
1.4. Background.....	5
1.5. Critérios de Inclusão.....	8
1.6. Critérios de Exclusão.....	8
1.7. Tipo de Fontes.....	8
1.8. Estratégia de Pesquisa.....	8
1.9. Termos de Pesquisa.....	10
1.10. Extração de Resultados.....	10
1.11. Apresentação dos Resultados.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Opção II, inserida no 2º semestre do 9º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e tendo como propósito desenvolver o Projeto de Estágio, identifiquei como pertinente a realização da presente Revisão *Scoping*.

Armstrong et al. (2011), explicam que uma Revisão *Scoping* é um processo de mapear a literatura ou evidência existente acerca de uma temática e, efetivamente, é esse o objetivo deste trabalho.

A temática do Projeto de Estágio é a “Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de Doença Mental e Família(s)”. Esta escolha tem que ver com o facto de ser uma inquietação sentida e algo ainda negligenciado nos contextos profissionais. De facto, a esperança é um determinante de saúde mental (Querido & Dixe, 2016; Venning et al., 2011; Rumpold et al. 2016; Schrank et al. 2011), estando os enfermeiros numa posição privilegiada para a influenciar (Herth, 2005; Cavaco et al., 2010).

A presente revisão encontra-se estruturada num capítulo, seguindo as normas de uma Revisão *Scoping*.

Para a sua elaboração, foi usada uma metodologia expositiva e descritiva, seguindo o Guia Orientador de Trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. REVISÃO SCOPING

1.1. Título

Revisão *Scoping*: A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de Doença Mental e Família(s).

1.2. Objetivos

Identificar e mapear a literatura existente acerca da promoção da esperança na pessoa com experiência de doença mental e família(s).

1.3. Questão

De que forma a esperança, integrada na prática especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é determinante de saúde mental?

1.3.1. Pergunta de Revisão Detalhada (PCC)

POPULAÇÃO (P)	Pessoas com Doença Mental e Família(s)
CONCEITO (C)	Esperança
CONTEXTO (C)	Ambulatório e Internamento

1.4. Background

As pessoas/família(s), ao experienciarem processos de doença, encontram-se muitas vezes desanimadas e, por vezes, desesperadas.

A desesperança relaciona-se com a dimensão do pessimismo e com expectativas negativas face ao futuro (Oliveira et al. e Cunha citados por Nobre et al. 2016).

Segundo Monteiro (2014), a desesperança é a ausência do amanhã, uma experiência de descontinuidade, traduzindo-se num quadro de não existência ou até num quadro de doença mental.

De facto, quando alguém é confrontado com uma doença facilmente desespera, sendo a sua mente invadida por múltiplos sentimentos e pensamentos

negativos (Sousa & Rodrigues, 2008). Nestas situações, podem desencadear-se crises não só para o cliente como para a família, sendo necessário intervir. Aqui, na área da intervenção, as evidências afirmam que os enfermeiros, através de intervenções específicas e dirigidas à esperança, conseguem influenciar o conforto e a qualidade de vida da pessoa/família(s) (Marques, 2014).

Efetivamente, a esperança afeta o processo saúde/doença de uma forma positiva (Pinto, Caldeira & Martins, 2012).

A esperança é “(...) uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante contudo incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo” (Dufault & Martocchio, 1985, p. 390).

Sendo um determinante de saúde mental, a esperança é extremamente importante no processo de *recovery* (Erikson et al. 2014 e Hobbs & Baker, 2012 citados por Querido & Dixe, 2016), na abordagem à depressão e na ideação suicida, ajudando no processo de recuperação de doença mental (World Health Organization, 2010). Com efeito, a esperança é um forte preditor de saúde mental, constituindo-se como mais forte do que a própria doença mental (Venning, Kettler & Zajac, 2011).

Segundo Dufault & Martocchio (1985), sendo a esperança um conceito multidimensional devemos considerá-la em duas esferas: Esperança Generalizada (relacionada com benefícios no futuro) e Esperança Particularizada (relacionada com um objeto de esperança, um resultado específico no futuro). Para além destas duas esferas, segundo os mesmos autores, devemos também considerar seis dimensões de esperança: afetiva, cognitiva comportamental, afiliativa/relacional, temporal e contextual.

Existe uma relação entre as várias dimensões da esperança e os vários estados de conforto ou domínios da qualidade de vida, sendo que algumas dessas dimensões exercem um poder significativo direccionado para alguns dos fatores.

Marques, Dixe & Querido (2011) realizaram um estudo com o intuito de conhecer tais fatores, especificamente nos cuidadores, no entanto, adaptáveis ao cliente. Concluíram que estes se encontram interligados com o próprio cuidador, com

o cliente, com o apoio sentido por parte dos profissionais de saúde e com os relacionamentos.

A auto-estima, o otimismo, a resiliência, o *empowerment* são fatores que determinam a esperança.

Fatores como a presença de ansiedade, depressão e ideação suicida por sua vez, são fatores preditores de desesperança nos clientes, contudo, sendo a esperança preditiva da saúde mental, a mesma, nestes casos, deve ser mobilizada como intervenção na promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental (Querido & Dixe, 2016). Assim, é pertinente a incorporação da esperança nas estratégias de promoção da saúde mental e gestão/prevenção da doença mental.

De salientar que as intervenções de enfermagem, segundo a maioria dos autores, têm de ser sustentadas na relação terapêutica. Para o enfermeiro de cuidados gerais, “a relação de ajuda pode ser considerada um instrumento no processo de cuidados de enfermagem” (Mendes, 2006, p.71). Contudo, para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, a relação de ajuda não é apenas um instrumento, esta é central no processo de cuidar.

A relação interpessoal é um fator que se salienta como influenciador de esperança – relações de confiança fortalecem a identidade e promovem a esperança (Querido & Dixe, 2016).

Em suma, a temática deste trabalho centra-se na promoção da esperança na pessoa com experiência de doença mental e família(s). Face ao enquadramento anterior, é reconhecida a importância desta intervenção nos clientes visando a melhoria da sua situação clínica e obtendo melhores ganhos em saúde.

Na pesquisa efetuada, num primeiro momento, a população selecionada foi o adulto-jovem, contudo, após realizar os cruzamentos nas bases de dados e após ler várias obras literárias e decorrente também de alguma escassez existente na referida faixa etária, tornou-se reduzida a informação. Neste sentido, optou-se por não limitar a população.

De salientar que após uma pesquisa preliminar, não se encontrou nenhuma Revisão *Scoping* acerca do tema.

1.5. Critérios de Inclusão

- Pessoa com experiência de doença mental e família(s);
- Artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

1.6. Critérios de Exclusão

- Artigos com mais de 5 anos de Publicação.

1.7. Tipo de Fontes

Nesta Revisão *Scoping* incluiu-se todo o tipo de estudos qualitativos bem como todas as revisões sistemáticas e todos os artigos de opinião.

1.8. Estratégia de Pesquisa

Num primeiro momento, na presente Revisão *Scoping*, foi realizada uma pesquisa recorrendo a informação disponível no Google Académico, obras literárias e literatura cinzenta.

Num segundo momento, a pesquisa foi delimitada essencialmente às bases de dados online MEDLINE e CINAHL, utilizando primeiramente, os termos de indexação incluídos no título. Posteriormente, a pesquisa utilizou todas as palavras-chave e termos de indexação das bases de dados previamente citadas. Foram validados no MeSH (Medical Subject Headings) e na CINAHL *Headings* e foi realizada a interceção dos descritores encontrados, utilizando os operadores [OR] e [AND]. Finalmente, foi realizada a extração dos artigos relevantes e que cumpriam os critérios de inclusão e formulou-se uma tabela de referência dos artigos selecionados.

Os históricos de pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, são apresentados seguidamente:

Figura 1 – Histórico de Pesquisa na Base de Dados Online CINAHL

<input type="checkbox"/> Select / deselect all <input type="button" value="Search with AND"/> <input type="button" value="Search with OR"/> <input type="button" value="Delete Searches"/> <input type="button" value="Refresh Search Results"/>					
Search ID#	Search Terms		Actions		
<input type="checkbox"/> S12	S2 AND S4 AND S5		View Results (1)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S11	S2 AND S3 AND S4		View Results (1)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S10	S1 AND S2		View Results (36)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S9	S2 AND S3		View Results (16)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S8	S2 AND S4		View Results (31)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S7	S2 AND S5		View Results (52)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4		View Results (0)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S5	S1 OR S3		View Results (39,552)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S4	(MH "Nursing Interventions")		View Results (6,967)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S3	(MM "Psychiatric Nursing")		View Results (13,884)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S2	(MM "Hope")		View Results (1,794)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S1	(MH "Mental Health")		View Results (26,030)	View Details	Edit

Figura 2 – Histórico de Pesquisa na Base de Dados Online MEDLINE

<input type="checkbox"/> Select / deselect all <input type="button" value="Search with AND"/> <input type="button" value="Search with OR"/> <input type="button" value="Delete Searches"/> <input type="button" value="Refresh Search Results"/>					
Search ID#	Search Terms		Actions		
<input type="checkbox"/> S11	S1 AND S2 AND S3		View Results (0)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S10	S2 AND S3		View Results (1)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S9	S2 AND S4		View Results (0)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S8	S2 AND S3 AND S4		View Results (0)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S7	S2 AND S6		View Results (13)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S6	S1 OR S4		View Results (42,820)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		View Results (0)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S4	(MM "Psychiatric Nursing")		View Results (12,645)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S3	"nursing interventions"		View Results (4,037)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S2	(MM "Hope")		View Results (448)	View Details	Edit
<input type="checkbox"/> S1	(MH "Mental Health")		View Results (30,650)	View Details	Edit

1.9. Termos de Pesquisa

TERMOS DE PESQUISA
Hope
Psychiatric Nursing
Nursing Interventions
Mental Health

1.10. Extração de Resultados

Nesta fase foram considerados os dados de todos os artigos primários, que surgiram nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, de caráter qualitativo, bem como revisões sistemáticas e meta-sínteses. Evidenciaram-se duplicações de resultados.

De um total de 151 artigos, 10 foram incluídos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos.

A informação pertinente obtida nos estudos foi extraída, utilizando uma tabela que inclui o nome dos autores, o ano de publicação, os objetivos, a metodologia, o resumo, as conclusões e as referências bibliográficas.

1.11. Apresentação dos Resultados

TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESUMO	CONCLUSÕES	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Da Desesperança à Esperança - Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental.	Monteiro, A. P. (2014)	Refletir sobre a utilização de estratégias de Esperança em ESMP, a partir de uma revisão crítica da literatura.	A revisão da literatura foi efetuada tendo em conta três eixos fundamentais do conceito de Esperança.	<ul style="list-style-type: none"> • O que é a desesperança? • O que é a Esperança? (Esperança enquanto confiança; Esperança enquanto futuro; Esperança enquanto paixão do possível). 	A Esperança é foco de promoção de bem-estar e saúde mental, devendo ser assumida como foco de intervenção dos enfermeiros. Nos contextos de ESMP existem três dimensões de Esperança com intervenções/estratégias específicas.	Monteiro, A. (2014) – Da Desesperança à Esperança – Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental. <i>SAÚDE & CIÊNCIA</i> . P.31-36.
Hope and Recovery: A Scoping Review	Saelor, K. et al. (2014)	Explorar como a Esperança, e o que pode inspirá-la, é descrita na literatura por pessoas que experimentam doença mental concomitantemente com o uso de substâncias.	Realização de uma Revisão <i>Scoping</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • A Esperança como base nos processos de recuperação. • Definições de Esperança. • Esperança em relação aos outros e Esperança como prática. • Questões acerca da 	Apesar da Esperança ser tão importante para as pessoas que experimentam problemas mentais, não foram encontrados artigos que apresentassem experiências ricas em primeira pessoa acerca da esperança	Saelor, K. et al. (2014) - Hope and Recovery: A Scoping Review. <i>Advances In Dual Diagnosis</i> . Vol 7 Nº 2. P. 63-71.

				Esperança decorrentes das lacunas identificadas.		
Different effects of rumination on depression: key role of hope	Sun, H. et al. (2014)	Analisar o efeito moderador da Esperança na relação entre a ruminação e a depressão em estudantes universitários chineses.	517 estudantes (224 mulheres e 293 homens) de duas universidades gerais da China com idades entre os 19-23 anos.	<ul style="list-style-type: none"> • A ruminação é um fator predisponente de depressão. • A Esperança desempenha um papel moderador entre a ruminação e a depressão. 	Foram obtidas conclusões significativas na relação entre ruminação, depressão e Esperança.	Sun, H. et al. (2014) - Different effects of rumination on depression: key role of hope International <i>Journal of Mental Health Systems</i> . 8:53. doi:10.1186/1752-4458-8-53
Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study	Luo, X. et al. (2016)	Avaliar o papel de razões para viver e Esperança na identificação e redução da probabilidade de suicídio; Explorar a influência de razões para viver ou Esperança na	115 Pacientes com depressão com cerca de 27 anos.	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados revelam que apenas a Esperança permaneceu significativamente associada a tentativas de suicídio. • A Esperança foi um fator protetor para a ideação suicida. 	Quando o suicídio parece ser a única opção para pessoas com depressão, é importante ajudá-la encontrar coisas significativas na vida, planejar o futuro e identificar soluções/alternativas	Luo, X. et al (2016) - Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. <i>BMC Psychiatry</i> 16: 252. P.1-7

		transição entre a ideação suicida para a tentativa de suicídio.		<ul style="list-style-type: none"> A Esperança é um fator de proteção contra tentativas de suicídio em pacientes com depressão. 		
A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura	Querido, A. & Dixe, M., (2016)	Conhecer o papel da Esperança na SM das pessoas e os determinantes associados.	Revisão integrativa da literatura usando como descritores esperança e saúde mental em diferentes bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais. Foram incluídos artigos em inglês, português e espanhol, publicados entre 2006-2014, segundo critérios de seleção previamente definidos.	<ul style="list-style-type: none"> O efeito da esperança na saúde mental das pessoas. Relação entre a Esperança e os determinantes de SM. Fatores que influenciam a Esperança. Situações em que a Esperança é significativa. 	<p>A Esperança é promotora de SM e preventiva de doença mental. Há uma correlação inversa entre a esperança e a presença de sintomas, em particular ansiedade, depressão e ideação suicida.</p> <p>A Esperança é um fator de resiliência nas famílias, prevenindo a exaustão familiar nos contextos de doença mental e cancro.</p>	Querido, A. & Dixe, M. (2016) - A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura. <i>Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental</i> . (Abril de 2016). P. 95-101

<p>Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients.</p>	<p>Rumpold, T. et al. (2016)</p>	<p>Descrever o curso da morbidade psiquiátrica, ao longo do tempo, em cuidadores familiares de pessoa com doença oncológica avançada; Identificar o impacto da morte da pessoa nos cuidadores; Explorar possíveis preditores de morbidade psiquiátrica.</p>	<p>Estudo Prospetivo 80 cuidadores familiares 80 pessoas com doença oncológica avançada, havendo uma avaliação inicial e 9 meses de acompanhamento. Possíveis perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, stress pós-traumático, alcoolismo/dependência) bem como fatores preditivos (fatores sociodemográficos, sobrecarga, Esperança e estratégias de <i>coping</i>) foram avaliados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A ansiedade e o stress pós-traumático diminuíram significativamente e ao longo do tempo. • A depressão e o alcoolismo permaneceram estáveis ao longo do tempo. • O luto foi experimentado por 53% dos cuidadores no período de acompanhamento • A Esperança é uma influência importante para a ansiedade e depressão. 	<p>Os cuidadores de pessoas com doença oncológica avançada podem precisar de apoio psicossocial para garantir o bem-estar mental. Para tal, apoiar a Esperança é uma estratégia importante para prevenir as morbidades psiquiátricas.</p>	<p>Rumpold, T. et. al (2016) - Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients. Wiley. p. 672-678. DOI: 10.1002/pon.4205</p>
<p>Self-Efficacy and Hope as predictors of Mental Health</p>	<p>Bai, K., Kohli, S. & Malik, A. (2017)</p>	<p>Explorar a relação entre auto-estima e esperança com a saúde mental entre jovens</p>	<p>105 estudantes (45 do sexo masculino e 60 do sexo feminino) com idades entre os 22-28 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Auto-Estima • Definição de Esperança. 	<ul style="list-style-type: none"> • A auto-estima é o principal preditor de saúde mental. • A Esperança aparece como segundo preditor. 	<p>Bai, K., Kohli, S. & Malik, A. (2017) - Self-Efficacy and Hope as predictors of Mental Health. <i>Indian Journal of Positive Psychology</i>. N° 8 p. 631-635.</p>

		adultos(universitários). Explorar a auto-estima e a Esperança como fatores preditores de saúde mental nos jovens adultos (universitários)	Foram selecionados com base na disponibilidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre Auto-Estima e Esperança. 	<ul style="list-style-type: none"> • A Esperança apresenta uma relação positiva com a satisfação de vida. 	
Indicadores de Esperança, Ansiedade e Depressão de pessoas em tratamento oncológico	Grandizoli, M. et al. (2017)	Identificar e correlacionar os indicadores de Esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico.	Pesquisa transversal e descritiva com indivíduos que estavam em tratamento oncológico. 118 indivíduos com 55 anos de média de idades, predominantemente do sexo feminino.	<ul style="list-style-type: none"> • Elevados níveis de Esperança proporcionam uma maior capacidade de enfrentamento dos problemas. • A Esperança proporciona um efeito benéfico. 	Elevados níveis de Esperança em doentes pacientes oncológicos resulta em indicadores reduzidos de ansiedade e depressão.	Grandizoli, M. et al. (2017) - Indicadores de Esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. <i>Arq. Ciênc. Saúde</i> . Jul-Set 24(3) p. 65-70.

<p>The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery</p>	<p>Coşçun, E. & Altun, Ö. (2018)</p>	<p>Determinar a relação entre os níveis de Esperança de pessoas com esquizofrenia e a recuperação funcional.</p>	<p>107 Pessoas que foram tratados nas clínicas de psiquiatria do Hospital Estadual de Bitlis e que foram diagnosticados com esquizofrenia de acordo com os critérios do DSM-V. Desses pacientes, 4 foram excluídos do estudo porque não se voluntariar para participar, ficando 103. Um dos instrumentos utilizados foi a Escala de Esperança de Herth.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os EESMP podem contribuir para a recuperação de pessoas com esquizofrenia, facilitando a sua vida social, através da promoção da Esperança. 	<p>As causas de falta de Esperança das pessoas com esquizofrenia devem ser determinadas para que os mesmos possam olhar de uma forma mais positiva para a vida, tendo mais Esperança.</p>	<p>Coşçun, E. & Altun, Ö. (2018) - The Relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>. 32 p 102</p>
<p>What activities might facilitate personal recovery for adults who continue to self-harm? A Metasynthesis</p>	<p>Deering, K. & Williams, J. (2018)</p>	<p>Contribuir para a base de evidências de auto-lesão, localizando atividades que facilitem a recuperação individual em</p>	<p>Meta-Síntese.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Quadro de recuperação pessoal (Leamy, et al., 2011). • Mapa de atividades que facilitam a 	<p>Existem várias atividades que proporcionam uma vida mais satisfatória para os adultos que cometem auto-mutilação, independentemente de reduzir o ato.</p>	<p>Deering, K. & Williams, J. (2018) - What activities might facilitate personal recovery for adults who continue to self-harm? A Metasynthesis</p>

employing the connectedness/ -Hope and Optimism/ Identity/ Meaning/ Empowerment Framework.		adultos que se auto-mutilem.		recuperação funcional	Contudo, por sua vez, a satisfação de vida tem sido descrita como promotora da diminuição da auto-lesão.	employing the connectedness/ -Hope and Optimism/ Identity/ Meaning/ Empowerment Framework. <i>Jornal Internacional de Enfermagem em Saúde Mental</i> . 27, 483-497.
--	--	------------------------------	--	-----------------------	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Revisões *Scoping* são uma abordagem relativamente recente na área da investigação, contudo, têm ganho cada vez mais popularidade. Estas, permitindo o mapear de conceitos, tornam-me muito pertinentes.

A realização desta revisão foi, efetivamente, pertinente e permitiu-me compreender/adquirir conceitos, orientando-me na elaboração do Projeto de Estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armstrong, R., et al. (2011). Cochrane Update 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33, 147–150. DOI:10.1093/pubmed/fdr015;
- Bai, K., Kohli, S. & Malik, A. (2017). Self-Efficacy and Hope as predictors of Mental Health. *Indian Journal of Positive Psychology*. Nº 8, 631-635;
- Cavaco, V. et al. (2010). Qual o Papel da Esperança na Saúde da Pessoa? – Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. II Série. Nº 12, 93-103;
- Coşçun, E. & Altun, Ö. (2018). The Relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32, 98–102;
- Deering, K. & Williams, J. (2018). What activities might facilitate personal recovery for adults who continue to self-harm? A Metasynthesis employing the connectedness/ -Hope and Optimism/ Identity/ Meaning/ Empowerment Framework. *Jornal Internacional de Enfermagem em Saúde Mental*. 27, 483-497;
- Dufault & Martocchio (1985). Hope: Its Spheres and Dimensions. *Nursing Clinics of North America*. 20(2), 379-391;
- Grandizoli, M. et al. (2017). Indicadores de Esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. *Arq. Ciências Saúde*. Jul-Set 24(3) p. 65-70;
- Herth, K. (2005). State of the Science of Hope in Nursing Practice: Hope, the nurse, and the patient. In J. Elliott (Ed.), *Interdisciplinary perspectives on hope* (pp. 169-211). Hauppauge, New York: Nova Science Publishers;
- Luo, X. et al. (2016). Reasons for living and hope as the protective factors against suicidality in Chinese patients with depression: a cross sectional study. *BMC Psychiatry* 16: 252. p.1-7;
- Marques, R. (2014). A Promoção da Esperança nos Cuidadores de Pessoas com Doença Crónica e Avançada. Efetividade de um Programa de Promoção da Esperança no Conforto e na Qualidade de vida. Dissertação de Mestrado. Lisboa.

Acedido em 21/05/2018. Disponível em:
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16962/1/A%20PROMO%C3%87%C3%83O%20DA%20ESPERAN%C3%87A%20NOS%20CUIDADORES%20DE%20PESSOAS%20COM%20DOEN%C3%87A%20CR%C3%93NICA%20E%20AVAN%C3%87ADA.pdf>;

- Marques, R., Dixe, M. & Querido, A. (2011). A Vivência da Esperança nos Cuidadores de Pessoas com Doença Crónica e Avançada: Estudo de alguns fatores influenciadores. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série. Suplemento. Actas e Comunicações da XI Conferencia Ibero Americana de Educação em Enfermagem. Comunicações e Simpósios em Sessão Paralela. 2, p. 323;
- Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Revista Informar* Ano XII Nº36 (Janeiro/Junho, 2006), 71-77;
- Monteiro, A. (2014). Da Desesperança à Esperança – Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental. *SAÚDE & CIÊNCIA*. 31-36;
- Nobre, I. (2015). Ansiedade, depressão e desesperança no cuidador familiar de pacientes com alterações neuropsicológicas. *Acta Fisiatr*. 2015;22(4):160-165. DOI: 10.5935/0104-7795.20150031;
- Pinto, S; Caldeira, S. & Martins, J. (2012). A esperança da pessoa com cancro - Estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*. N.º7 (III Série), 23-31;
- Querido, A. & Dixe, M. (2016). A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Abril de 2016). 95-101;
- Rumpold, T. et al. (2016). Hope as determinant for psychiatric morbidity in family caregivers of advanced cancer patients. Wiley. p. 672-678. DOI: 10.1002/pon.4205;
- Saelor, K. (2014). Hope and Recovery: A Scoping Review. *Advances In Dual Diagnosis*. Vol 7 Nº 2, 63-71;

- Schrank, B. et al. (2011). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*. 74, 554-564;
- Sousa, M. & Rodrigues, S. (2008). Sobre a Esperança no Cuidar em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, Nº 76. 20-22;
- Sun, H. et al. (2014). Different effects of rumination on depression: key role of hope *International Journal of Mental Health Systems*. 8:53. DOI:10.1186/1752-4458-8-53;
- Venning, A. et al. (2011). Is Hope or Mental Illness a Stronger Predictor of Mental Health? *International Journal of Mental Health Promotion* Vol. 13 ISSUE 2 – Maio. p.32-39;
- World Health Organization (WHO) (2010). Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 1.0. WHO. Acedido em 13/04/2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf.

APÊNDICE II

Folheto “[SE]MENTES DE ESPERANÇA”

“ENQUANTO HÁ VIDA HÁ ESPERANÇA”

Ana Filipa da Silva Santos Nº 8356

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

9º Curso de Mestrado e Pós – Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2017/2018

Enfª Orientadora: Elsa Gaspar

Professora Orientadora: Ana Melo



**[SE]MENTES
DE ESPERANÇA ...**



O QUE É A ESPERANÇA?

A **Esperança** é “(...) uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante contudo incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo”.

(Dufault e Martocchio, 1985, p. 390).

Existem Fatores Promotores e Inibidores de Esperança.

Foque-se nos Fatores Promotores.

FATORES PROMOTORES DE ESPERANÇA

- Ser **otimimista / positivista** para consigo mesmo e para com o mundo que nos rodeia;
- **Acreditar** em si;
- Delinear **objetivos** para o futuro;
- **Apoiar**-se na rede familiar e amigos;
- Recorrer a grupos / associações de ajuda;

- Recorrer e/ou Pedir apoio aos profissionais;
- Elaborar um “**Kit de Esperança**”.

O Kit de Esperança é uma ferramenta simples para os momentos mais difíceis.

KIT DE ESPERANÇA

COMO FAZER?

- Selecione um objeto (uma caixa, uma mala um estojo, um caderno...) e decore-o ao seu gosto;
- Coloque dentro do objeto escolhido tudo o que seja significativo para si (conquistas, experiências, fotografias, músicas, cores, pulseiras);

- Recorra / Leve consigo o “Kit” sempre que estiver mais deprimido.

Ana Paula Monteiro, 2014



*A experiência da Esperança é capacitante.
Ajuda-nos a dizer “eu posso”... talvez não hoje, talvez não perfeitamente, talvez com medo mas, “eu posso, pelo menos tentarei”.*

Jevne, 1994



APÊNDICE III

Planos de Sessão: Grupo de Famílias

Plano de Sessão Nº1

«DAR VOZ À ESPERANÇA»

DESCRIÇÃO

Sessão realizada com o grupo de famílias, em contexto comunitário, visando explorar o conceito «Esperança».

JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO

Segundo Rebelo et al. (2011), sendo a família considerada na sociedade como unidade elementar e conferindo a mesma “(...) diferentes modos de adoecer e morrer (...)” bem como de entender e lidar com a doença e o sofrimento que daí advém, podemos afirmar que as famílias influenciam a esperança dos seus membros (Charepe, 2011).

Adicionalmente, a convivência familiar com uma pessoa com doença mental gera inevitavelmente impactos nas relações familiares, ou seja, o sofrimento psíquico não se refere apenas ao membro que se desorganiza, mas diz respeito a todos os que compõem o universo familiar (Salvalagio & Batista, 2018). Neste contexto, em determinados momentos, surgem necessidades de esperança não só para a pessoa com experiência de doença mental mas também para a família.

De salientar que a esperança surge em cada pessoa de um modo diferenciado. Neste sentido, relembrando os recursos individuais de esperança do grupo, através das sessões realizadas, promoveu-se a amplificação de histórias/vivências de esperança uma vez que “(...) ao testemunharmos, ao ouvirmos e ao elogiarmos é que, muitas vezes, a esperança e a capacidade de recuperação da família é redescoberta (...)” (Charepe, 2011).

POPULAÇÃO-ALVO: Grupo de Famílias

DATA DA SESSÃO: 3 de Outubro de 2018

LOCAL DA SESSÃO: Lisboa

OBJETIVO GERAL: Explorar o conceito «Esperança».

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Recolher considerações/perspetivas acerca do conceito «Esperança»;
- Promover a partilha de experiências;
- Construir uma definição de «Esperança»;
- Identificar fatores inibidores e fatores promotores de esperança.

SESSÃO

FASES	DESCRIÇÃO	RECURSOS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação dos objetivos da sessão;▪ Jogo do Novelo:<ul style="list-style-type: none">- em círculo inicia-se o lançamento do novelo para um dos membros do grupo, o qual se apresenta, verbalizando uma palavra de esperança;- o jogo prossegue sucessivamente até ao último membro do grupo, gerando-se a “Teia da Esperança”.	Novelo	Enfª Ana Filipa Santos (sob orientação da Enfª Elsa Gaspar)	10 Minutos

DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha de Experiências: <ul style="list-style-type: none"> - sentados em círculo, cada membro do grupo partilha experiências inibidoras (por exemplo: morte de um irmão) e promotoras de esperança (por exemplo: nascimento de um filho); - através das experiências partilhadas, é realizada a transposição para os fatores promotores de esperança (por exemplo: otimismo) e fatores inibidores de esperança (por exemplo: ansiedade). 	Cadeiras	Enfª Ana Filipa Santos (sob orientação da Enfª Elsa Gaspar)	40 Minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feedback; ▪ Agradecimentos. ▪ Resumo das considerações facultadas, construindo o conceito de esperança ("força de vida, direcionada para o futuro, que nos faz acreditar e seguir em frente"). 	Cadeiras	Enfª Ana Filipa Santos (sob orientação da Enfª Elsa Gaspar)	10 Minutos

Plano de Sessão Nº 2

«A “PEGADA” DA ESPERANÇA»

DESCRIÇÃO

Sessão realizada com o grupo de famílias, em contexto comunitário, com o objetivo de informar sobre a importância da esperança enquanto determinante de SM, lembrando e orientando para os fatores inibidores e promotores de esperança identificados na sessão anterior.

JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO

A esperança é um determinante importante de SM, sendo reconhecida por prevenir por exemplo a depressão e auxiliar no processo de recuperação de doença mental. Os determinantes de SM, por sua vez, constituem-se como fatores que podem ser inibidores ou promotores da SM (Querido & Dixe, 2016).

Assim, e sendo a esperança também um forte preditor de SM tal como as relações interpessoais (Querido & Dixe, 2016) tornou-se pertinente promover tais relações no grupo de famílias, construindo-se a “Pegada” de Esperança. Através desta, observou-se o efeito positivo das relações/interações estabelecidas entre os membros do grupo e promoveu-se a esperança.

São várias as intervenções do EESMP na área da esperança, tendo todas elas um papel preponderante. Elaborar um «Kit de Esperança», promover o positivismo/otimismo e, na generalidade, dar a conhecer várias estratégias de promoção de esperança (Monteiro, 2014) são algumas das intervenções com melhores resultados. Estas estratégias foram explicitadas no grupo e facultadas através de um Folheto (Apêndice II).

POPULAÇÃO-ALVO: Grupo de Famílias

DATA DA SESSÃO: 24 de Outubro de 2018

LOCAL DA SESSÃO: Lisboa

OBJETIVO GERAL: Conhecer o papel da esperança na SM das pessoas, valorizando os fatores promotores de esperança.

OBJETIVOS EPECÍFICOS:

- Dar a conhecer a esperança como determinante de SM;
- Relembrar fatores inibidores e fatores promotores de esperança, os quais foram identificados na sessão anterior;
- Valorizar os fatores promotores de esperança;
- Promover o diálogo e a partilha de experiências;
- Promover a interação social;
- Construir uma tela intitulada «A “Pegada” da Esperança».

SESSÃO

FASES	DESCRIÇÃO	RECURSOS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação dos objetivos da sessão;▪ Apresentação dos membros do grupo, dado haverem três elementos que se encontram pela primeira vez no grupo;▪ Recapitulando a sessão anterior, cada novo elemento do grupo refere uma palavra de esperança.	Cadeiras	Enfª Ana Filipa Santos (sob orientação da Enfª Elsa Gaspar)	10 Minutos

DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorização dos fatores promotores de esperança; ▪ Discussão de ideias acerca de “dicas” para promover a esperança nos momentos mais difíceis; ▪ Entrega de um Folheto, designado [SE]MENTES DE ESPERANÇA (Apêndice II) a cada membro do grupo, explicitando. 	<p>Cadeiras</p> <p>Folheto ([SE]MENTES DE ESPERANÇA)</p>	<p>Enfª Ana Filipa Santos (sob orientação da Enfª Elsa Gaspar)</p>	<p>30 Minutos</p>
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposta de realização de uma tela intitulada «A “Pegada” da Esperança»: - numa tela, cada um dos membros coloca a sua mão como sinal de esperança para os restantes; ▪ Oferta de uma flor e realizada a analogia da flor com a vida (diferente, imperfeita, dependente). 	<p>Cadeiras</p> <p>Tela</p> <p>Flores</p> <p>Marcadores</p>	<p>Enfª Ana Filipa Santos (sob orientação da Enfª Elsa Gaspar)</p>	<p>20 Minutos</p>

Seguidamente, na figura abaixo, apresenta-se «A “Pegada” da Esperança», a qual demonstra a forte e significativa coesão do grupo:



AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

	Elemento A	Elemento B	Elemento C	Elemento D	Elemento E	Elemento F	Elemento G	Elemento H	Elemento I	Elemento J
Sessão Nº1	X	X	X	X			X		X	X
Sessão Nº 2	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Nas sessões o que eu mais gostei foi...	Gostei de tudo.	Gostei da convivência com as pessoas e da partilha de ideias.	Gostei muito.	Foi bom falarmos sobre temas como a esperança que é tão importante.	Gostei de tudo. Foi muito interessante.	Achei muito interessante. O fazer a tela foi diferente. Gostei.	Gostei de tudo o que fizemos.	Conhecer formas de termos mais esperança.	Gostei de todas as atividades.	Gostei das duas sessões.
Nas sessões descobri que...	Devemos ter esperança.	Às vezes não é fácil ultrapassar certos momentos mas devemos agarrar-nos ao que nos dá esperança.	Com esperança, tudo há-de correr bem.	É preciso esperança na vida.	Existem pessoas que me podem ajudar.	Deram-me informações muito úteis para a minha filha.	É bom ter alguém que nos ouça e é bom ouvir outras pessoas.	Mesmo quando pensamos que não há esperança, há sempre algo que nos pode dar um pouco de esperança.	Somos um grupo e somos importantes uns para os outros.	Existem pessoas que nos ajudam.

No final destas sessões sinto que...	Há mais pessoas com os mesmos problemas de todos nós.	Deus é a minha esperança.	Todos temos momentos bons e maus ao longo da vida.	As sessões foram diferentes das outras e gostei muito. Interagimos e fizemos coisas diferentes.	Há uma luz ao fundo do túnel.	Há uma esperança para a minha filha.	Falar faz bem e aliviou-me.	Foi bom partilhar ideias e ouvir outras pessoas.	Temos que ter mais momentos assim.	Gostei muito.
Nestas sessões o que menos gostei foi...	—	Gostei de tudo.	Nada a apontar.	Correu tudo bem. Não há nada a dizer.	—	Tudo bem.	Gostei de tudo. Não houve nada que não gostasse.	—	—	Gostei de tudo.
Estas sessões serviram para...	Pensar positivo.	Agradecer a Deus cada vez mais porque Ele é realmente a minha grande esperança.	Pensar no que é a esperança.	Pensar que mesmo nos momentos mais difíceis há sempre alguma coisa a que nos podemos agarrar.	Ouvir outras pessoas, conhecer novas informações.	Saber que a comunidade tem recursos a que podemos recorrer e que nos podem ajudar.	Deram-me mais esperança a no futuro.	Ter mais esperança.	Partilhar momentos e histórias.	Há sempre coisas positivas na vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Charepe, Z. (2011). (RE) Descoberta de Esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapas. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 20(2), 349-358.
- ❖ Deering, K. & Williams, J. (2018). What activities might facilitate personal recovery for adults who continue to self-harm? A Metasynthesis employing the connectedness/ -Hope and Optimism/ Identity/ Meaning/ Empowerment Framework. *Jornal Internacional de Enfermagem em Saúde Mental* 27, 483-497.
- ❖ Monteiro, A. (2014). Da Desesperança à Esperança – Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental. *SAÚDE & CIÊNCIA*. P.31-36;
- ❖ Querido, A. & Dixe, M. (2016). A Esperança na Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Abril de 2016). P. 95-101;
- ❖ Rebelo, L. et al. (2011). A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas. Lisboa: Health & Pharma Publishing;
- ❖ Salvalagio, A & Batista, M. (2018) .Transtorno Mental e os Impactos no Grupo Familiar: Tecendo Reflexões.Brasília. Acedido em 8 /10/2018. Disponível em: http://www.congresso2018.abrasme.org.br/resources/anais/8/1522022755_ARQUIVO_Templatemestradovf.pdf;
- ❖ Schrank, B. et al. (2011). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*. 74, 554-564;
- ❖ Venning, A. et al. (2011). Is Hope or Mental Illness a Stronger Predictor of Mental Health? *International Journal of Mental Health Promotion*. 13 (2),32-39.

APÊNDICE IV

Plano de Sessão: Vozes de Esperança

Plano De Sessão

“VOZES DE ESPERANÇA”

DESCRIÇÃO

Apresentação pública, realizada em contexto de internamento, por dois elementos do Grupo «Vozes de Esperança», acerca da experiência de viver com um problema de SM.

POPULAÇÃO-ALVO: Pessoas Internadas na Clínica e Famílias

DATA DA SESSÃO: 18 de Dezembro de 2018

LOCAL DA SESSÃO: Lisboa

OBJETIVO GERAL: Promover a partilha de experiências.

OBJETIVOS EPECÍFICOS:

- Dar a conhecer experiências de vida;
- Emprerstar esperança;
- Promover o diálogo.

SESSÃO

FASES	DESCRIÇÃO	RECURSOS	RECURSOS HUMANOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação da sessão e objetivos; ▪ Apresentação do público e dos formadores. 	<p>Computador</p> <p>Cadeiras</p>	<p>Enf^a Ana Filipa Santos</p> <p>(sob orientação da Enf^a Filipa Pires de Lima)</p> <p>D. F. P e D. C. F.</p>	<p>15</p> <p>Minutos</p>
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilha de experiências pessoais (D. F.P – diagnóstico de depressão e D. C.F. – diagnóstico de perturbação bipolar) <ul style="list-style-type: none"> • Os dias difíceis; • A aceitação da doença; • O tratamento da doença; • Lidar com os problemas do quotidiano; • Sujeito da própria vida; • Sucessos, esperanças e sonhos. ▪ Troca de Experiências; ▪ Interação. 	<p>Computador</p> <p>Cadeiras</p>	<p>Enf^a Ana Filipa Santos</p> <p>(sob orientação da Enf^a Filipa Pires de Lima)</p> <p>D. F. P e D. C. F.</p>	<p>35</p> <p>Minutos</p>

CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finalização da apresentação (esclarecimentos e agradecimentos); ▪ Preenchimento de um Questionário de Avaliação. 	Computador Cadeiras	Enf ^a Ana Filipa Santos (sob orientação da Enf ^a Filipa Pires de Lima) D. F. P e D. C. F.	10 Minutos
------------------	---	------------------------	---	---------------

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação da sessão foi realizada através do Questionário de Avaliação do grupo «Vozes de Esperança»:

	Elemento A	Elemento B	Elemento C	Elemento D	Elemento E
O que mais gostei foi...	Saber como em determinados momentos, lidaram com a situação.	Gostei muito. Identifiquei-me em certos momentos.	Gostei muito de tudo.	A apresentação foi muito interessante. Algumas coisas que disseram já passei por elas.	Não consegui assistir a toda a apresentação mas foi importante para saber o que o meu filho sente e também para me dar alguma esperança.
Recomendaria esta apresentação a alguém?	Claro que sim. É muito importante.	Sim.	Sim, Sim.	Claro que sim.	Sim.
Sugestões	Virem mais vezes.	_____	Está tudo bem.	Fechar a porta para não haver tanto barulho.	Haverem mais atividades semelhantes.

APÊNDICE V

Atividades realizadas em Contexto de Estágio associadas ao Desenvolvimento das
Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Segundo a OE (2018) são quatro as competências específicas do EESMP, as quais se encontram descritas no Regulamento das Competências Específicas do EESMP, constituindo-se as mesmas como finalidade do projeto implementado. Neste sentido, ao realizar o estágio, desenvolvi o máximo de unidades de competência possíveis.

DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA	UNIDADE DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	<i>Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.</i>	A. Diários de Aprendizagem	Para cada contexto de estágio, foram realizados, sempre que pertinente, diários de aprendizagem (reflexões sobre acontecimentos vivenciados e notas de campo).
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	<i>Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.</i>	B. Entrevistas	Sempre que possível e pertinente, aplicou-se a técnica da entrevista.
		C. Utilização da NOC	Em ambos os contextos de estágio, a avaliação das intervenções baseou-se nos indicadores de resultado da NOC.
		D. Observação	No quotidiano do internamento e nas visitas domiciliárias, em contexto comunitário, observou-se o cliente, família, grupo e/ou comunidade com quem se estabeleceram interações.

	<i>Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos</i>	E. Participação num Projeto	Na comunidade, integrei um Projeto, sendo a Enfª orientadora quem o coordenava.
		F. «Vozes de Esperança»	No internamento, coordenei e dinamizei a vinda de um Grupo Terapêutico “Vozes de Esperança”, à clínica.
Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.	<i>Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.</i>	G. Estudos de Caso	No contexto de estágio internamento, foi realizado um Estudo de Caso.
	<i>Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.</i>	H. Gestão de Indicadores	Tendo em conta os indicadores sensíveis em SM, identifiquei, segundo os mesmos, os resultados esperados.
	<i>Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.</i>	I. Plano de Cuidados	Elaborei vários planos de cuidados individualizados, envolvendo sempre a pessoa/família(s) em todo o processo terapêutico. Para tal, tive também em consideração as taxonomias de Enfermagem.
	<i>Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.</i>	J. Conhecer os Recursos Disponíveis	Tendo em conta os recursos existentes, realizei intervenções visando ajudar a pessoa/família(s).

Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.	K. Desenvolver conhecimentos de psicoeducação	Desenvolvi e aprofundei conhecimentos acerca da psicoeducação.
	Desenvolve Processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.	L. Participação e Dinamização de sessões de intervenções de cariz psicoterapêutico socioterapêutico	Realizei várias intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas: intervenção com o grupo de famílias; Programa “Esperar Esperança”.
	Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais	M. Aprofundar conhecimentos na área da reabilitação psicossocial e Implementar Intervenções Adequadamente	Através do estágio realizado e através da implementação de intervenções, iniciou-se o processo de reabilitação psicossocial da pessoa/família(s).
		N. Kit de Esperança	Ao longo do estágio foram promovidos e valorizados os fatores promotores de esperança. Identificando-se objetos promotores, construiu-se um Kit, denominado «Kit de Esperança».

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série, N.º 151, de 7 de agosto de 2018 21427-21430.